



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MICHELE STRAUB

A PARTICIPAÇÃO DE SERVIÇOS PRIVADOS NA ATENÇÃO
ESPECIALIZADA E HOSPITALAR COMO EXPRESSÃO DA
PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
O CASO DO PARANÁ

CURITIBA

2018

MICHELE STRAUB

A PARTICIPAÇÃO DE SERVIÇOS PRIVADOS NA ATENÇÃO
ESPECIALIZADA E HOSPITALAR COMO EXPRESSÃO DA
PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
O CASO DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas e Serviços de Saúde

Orientador: Profº. Drº. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

Co-orientador: Profº. Drº. Rogério Miranda Gomes

CURITIBA

2018

S912 Straub, Michele

A participação de serviços privados na atenção especializada e hospitalar como expressão da privatização do Sistema Único de Saúde: o caso do Paraná [recurso eletrônico] / – Curitiba, 2018.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

Coorientador: Prof. Dr. Rogério Miranda Gomes

1. Sistema Único de Saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Privatização. 4. Políticas públicas de saúde. I. Albuquerque, Guilherme Souza Cavalcanti. II. Gomes, Rogério Miranda. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: WA 525



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de MICHELE STRAUB intitulada: **A participação de serviços privados na atenção especializada e hospitalar como expressão da privatização do Sistema Único de Saúde: o caso do Paraná**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Novembro de 2018.


GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


MARIA LUCIA FRIZON RIZZOTTO

Avaliador Externo (UNIOESTE)


MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

Avaliador Interno (UFPR)

Este trabalho é dedicado às mães que estudam e aos seus filhos.
E aos meus filhos Bento e Joaquim.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Rogério Miranda Gomes, meu co-orientador neste trabalho, que assumiu comigo o desafio de compreender parte do complexo sistema de saúde brasileiro e de escrever uma dissertação em anos verdadeiramente desafiadores das nossas vidas. Agradeço pela paciência, empatia, ânimo e boas risadas.

Ao professor Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque, meu orientador, exemplo de mestre generoso, que me acolheu no mestrado e na vida. Certeza da palavra amiga, de conforto, de afeto e principalmente de sabedoria.

À professora Maria Lucia Frizon Rizzotto, banca de qualificação e defesa deste trabalho. Presente na minha vida desde a escolha pela Enfermagem. Mestre na graduação, referência e exemplo profissional, de idéia, coragem e incansável luta. Grata desde sempre!

À professora Maria Marta Nolasco Chaves, banca de qualificação e defesa da dissertação, pelas contribuições certas ao longo do processo de construção do projeto e do trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná e seus docentes, em especial às Professoras Karin Regina Luhm, pelas sugestões e ensinamentos preciosos e Yanna Dantas Rattmann pelo apoio e compreensão e, ao sempre prestativo e competente secretário Thiago de Angeli.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da Bolsa de Estudos no segundo ano deste mestrado.

Aos amigos conquistados no mestrado: Carla Vanessa Lopes, Daniele Basegio, Hélio Dias, Josnei Daneliu, Loren Salazar Cardoso, Ewerton Rocha, Vitória Viapiana e Elver Moronte. Pelas boas conversas, debates e pelo alívio de não me sentir sozinha nesta caminhada.

Aos meus pais, Moacir Straub e Maria Inês Straub pela vida incrível que vocês me ensinaram a ver, me possibilitaram ter e me impulsionaram a ser. Ambos incansáveis. Pela certeza da porta sempre aberta, pelas palavras de incentivo, carinho e acolhimento. E aos pais dos meus pais, Sabino, Armindo, Anita e Maria, meu imenso amor, admiração e inspiração.

À minhas irmãs, Carla Straub, pela revisão e apoio na construção deste trabalho. Parceira inseparável na luta pelo direito à vida e saúde, aguerrida

professora, militante e companheira de jornada na área. E Laura Straub, pela revisão e organização normativa deste trabalho. Vocês duas são a minha certeza das horas incertas, e este trabalho não teria terminado sem o apoio de ambas. E aos seus, Márcio, João e Luísa, Mateus e Francisco, pelo afeto que fortalece e empurra à frente.

Aos meus sogros Antônio e Marinez, que por inúmeras vezes estiveram em nossa casa para amparar a mim e aos meus filhos nessa jornada. Imensamente grata. Ao João e à Isa pelo presente que nos deram este ano: a Agnes, que encheu meu coração de amor.

Aos amigos e familiares que me incentivaram em todo o processo, em especial à Lilian Welz que contribuiu pontualmente em questões levantadas nas discussões, mas que é grande amiga e companheira na luta e defesa do SUS.

Ao Hugo, meu companheiro de vida, no sonho e na realidade. Pela ajuda na elaboração das tabelas, revisão dos cálculos estatísticos, discussões acerca do trabalho e incentivo nas horas de desespero e desânimo. Pela nossa caminhada de encontros, desencontros e reencontros.

E por fim aos meus filhos, que não lerão, e nem entenderão este agradecimento agora. Mas para que saibam no futuro que a mãe agradece a ambos pela força e amor que me fortalecem no propósito de lutar pela vida deles e do próximo. Ao Bento, meu filho mais velho, por tantos acontecimentos que nos distanciaram nos últimos dois anos, e que ao mesmo tempo nos fortaleceram. Pela paciência de saber dividir 'aquela' que era exclusividade, com um mestrado e um irmão. Meu mais profundo amor, admiração e carinho, pois não foi simples, nem fácil. Ao Joaquim, menino gestado e nascido no processo deste mestrado. Que na barriga ou no colo, foi companheiro de aulas, horas a fio em frente ao computador, leituras e infinitas pausas, tal qual é a vida, e nasceu e cresceu, completando um ano junto com a conclusão desse trabalho. Neles, vejo refletido o meu desejo mais sincero de renovar as esperanças e ter coragem para lutar e recomeçar sempre.

Elogio da dialética

*A injustiça avança hoje a passo firme.
Os tiranos fazem planos para dez mil anos.
O poder apregoa: as coisas
continuarão a ser como são.
Nenhuma voz além da dos que mandam.
E em todos os mercados proclama a exploração:
Isto é apenas o meu começo.
Mas entre os oprimidos muitos há que agora dizem:
Aquilo que nós queremos nunca mais o alcançaremos.
Quem ainda está vivo nunca diga: nunca.
O que é seguro não é seguro.
As coisas não continuarão a ser como são.
Depois de falarem os dominantes, falarão os dominados.
Quem pois ousa dizer: nunca?
De quem depende que a opressão prossiga? De nós.
De quem depende que ela acabe? De nós.
O que é esmagado, que se levante!
O que está perdido, lute!
O que sabe e o que se chegou, que há aí que o retenha?
Porque os vencidos de hoje são os vencedores de amanhã.
E nunca será: ainda hoje.*

Bertold Brecht

RESUMO

O conflito fundamental presente em sociedades capitalistas e que se relaciona com o acesso à saúde, se um direito social ou uma mercadoria, também pode estar presente no interior do SUS. Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva que se propõe a levantar o perfil de oferta de serviços especializados e hospitalares pelo SUS, analisar a relação público-privada nesta oferta e de que maneira esta pode expressar a tendência de privatização do sistema de saúde. O recorte de pesquisa se situa no estado do Paraná no período de 1995 a 2015, com intervalos de 4 anos. Para tanto, foi realizada uma coleta de dados, em fontes secundárias, no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), por meio da plataforma Datasus Tabnet Online. Os dados coletados foram analisados buscando verificar o comportamento (crescimento ou decréscimo) de cada variável, observando ambos os setores público e privado, bem como sua participação na oferta. Tal análise permitiu uma melhor compreensão da realidade histórica de compra de serviços privados pelo sistema público. Este movimento, de complementaridade, está servindo como modo de garantia às ações e serviços de saúde propostas e asseguradas pela Constituição Federal Brasileira de 1988. Os resultados encontrados mostram que historicamente, tanto no estado do Paraná quanto no Brasil, na atenção especializada e hospitalar, o percentual de participação do setor privado é elevado, permitindo assim uma conclusão de que o público está servindo de forma complementar ao privado, contrariando assim o que determina o texto constitucional.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Serviços de saúde. Privatização. Complementariedade. Políticas de Saúde

ABSTRACT

The fundamental conflict present in the capitalists societies, which is related to health services access, whether a social right or a commodity, could be present within SUS. This is a descriptive research proposed to bring up the specialized and hospital services offer profile by the SUS, analyze the public-private relationship in this offer and how it can express the trend of the health system privatization. The research focus is in the state of Paraná from 1995 to 2015, with 4 years intervals. To accomplish that, a data collecting process was performed, from secondary sources known as Ambulatorial Information System (SIA) and Hospital Information System (SIH) using the DATASUS Tabnet Online platform. The collected data, was analysed seeking to verify the behavior (growth or reduction) of each variable, looking both public and private sectors, also the share in the offert at each year. This analysis allowed historical reality comprehension in terms of purchase of private services by the public system. This act, of complementarity, is serving as a way of guaranteeing the actions and health services proposed and granted by the Brazilian Federal Constitution of 1988. The achieved results shown that, historically, both at Parana and also Brazil, in specialized and hospitalar attention, private sector has a high share of participation, thus allowing a conclusion that the public is being a complementary way to private, thus contradicting what is determined by the constitutional text.

Keywords: Health Unique System, Health services, Privatization, Complementarity, Health Policies.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE NO SUS NO PARANÁ ENTRE 1995 A 2015.....	54
FIGURA 2 - PROCEDIMENTOS DE RADIODIAGNÓSTICO PELO SUS NO PARANÁ POR TIPO DE PRESTADOR ENTRE 1995 E 2015.....	57
FIGURA 3 – ENDOSCOPIA DIGESTIVA POR TIPO DE PRESTADOR NO ANO DE 2015 NO PARANÁ.....	58
FIGURA 4 – MAMOGRAFIAS POR TIPO DE PRESTADOR NO PARANÁ E NO BRASIL ENTRE 1995 E 2015.....	60
FIGURA 5 - ULTRASSONOGRAFIAS POR TIPO DE PRESTADOR NO PARANÁ E NO BRASIL NO ANO DE 2015.....	61
FIGURA 6 - CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NO PARANÁ E NO BRASIL POR TIPO DE PRESTADOR NO ANO DE 2015.....	63
FIGURA 7 - PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE NO SUS DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 A 2015. O GRÁFICO EXPRESSA-SE EM ESCALA LOGARÍTMICA PELAS AMPLAS DIFERENÇAS DOS DADOS.....	63
FIGURA 8 - EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR TIPO DE PRESTADOR NO PARANÁ E NO BRASIL ENTRE 1995 E 2015.....	64
FIGURA 9 - EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA POR TIPO DE PRESTADOR NO PARANÁ ENTRE 1995 E 2015.....	65
FIGURA 10 - RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA NO SUS NO PARANÁ E NO BRASIL NOS ANOS DE 1995, 2007 E 2015.....	67
FIGURA 11 - PROCEDIMENTOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA AMBULATORIAL NO SUS DO PARANÁ NOS ANOS DE 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 E 2015.....	68
FIGURA 12 - PROCEDIMENTOS SELECIONADOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA COMPLEXIDADE NO ANO DE 2015 NO PARANÁ POR REGIME DO PRESTADOR.....	68
FIGURA 13 - PROCEDIMENTOS SELECIONADOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE ALTA COMPLEXIDADE NO ANO DE 2015 NO PARANÁ POR REGIME DO PRESTADOR.....	69

FIGURA 14 - TAXA DE INTERNAÇÕES DA POPULAÇÃO USUÁRIA EXCLUSIVAMENTE DO SUS PARA CADA 1.000 HABITANTES NO PARANÁ E BRASIL NOS ANOS DE 1995 E 2014.	80
FIGURA 15 - PERMANÊNCIA MÉDIA EM INTERNAÇÕES HOSPITALARES (EM DIAS) POR REGIME DO PRESTADOR NO PARANÁ ENTRE 1995 E 2014.	83
FIGURA 16 - VALOR MÉDIO DE AIH PAGA (REAIS) POR REGIME DO PRESTADOR NO PARANÁ ENTRE 1995 E 2014.	83
FIGURA 17 - CIRURGIAS NO PARANÁ POR REGIME DE PRESTADOR ENTRE 1995 E 2014.	85
FIGURA 18 - CIRURGIAS DE TRANSPLANTE POR REGIME DO PRESTADOR NO SUS DO PARANÁ NOS ANOS DE 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 E 2014.	86
FIGURA 19 - CIRURGIAS CARDIOVASCULARES NO SUS DO PARANÁ POR REGIME DO PRESTADOR NOS ANOS DE 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 E 2014.	87
FIGURA 20 - CIRURGIAS CARDIOVASCULARES NO SUS NO BRASIL POR REGIME DO PRESTADOR NOS ANOS DE 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 E 2014.	88
FIGURA 21 - PARTOS (NORMAL E CESÁREO) NO SUS NO BRASIL E NO PARANÁ POR REGIME DO PRESTADOR ENTRE 1995 E 2014.	89

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA POR TIPO DE PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ E NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 A 2015.	55
TABELA 2– INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR REGIME DO PRESTADOR NO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 A 2014.	80
TABELA 3 - INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR REGIME DO PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 A 2014.	81

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AB	- Atenção Básica
AIH	- Autorização de Internamento Hospitalar
ANAHP	- Associação Nacional dos Hospitais Privados
APAC	- Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
BM	- Banco Mundial
BPA	- Boletim de Produção Ambulatorial
CEREST	- Centros Regionais de Saúde do Trabalhador
CF	- Constituição Federal
CNAS	- Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos
DAB	- Departamento de Atenção Básica
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FMI	- Fundo Monetário Internacional
HOSPSUS	- Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais do Paraná
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	- Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
Inamps	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPC	- Índice de Preços ao Consumidor
MRS	- Movimento da Reforma Sanitária
NI	- Número Índice
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PAB	- Piso da Atenção Básica
PIB	- Produto Interno Bruto
PNAU	- Política Nacional de Atenção a Urgências
PNDR	- Política Nacional de desenvolvimento regional
PNS	- Pesquisa Nacional de Saúde
PPPs	- Parcerias Público-Privadas
RIDE	- Região integrada de desenvolvimento econômico
RM	- Ressonância Magnética
RUE	- Rede de urgência e emergência
SADT	- Serviços de Apoio a Diagnóstico e Terapia
SAMU	- Serviços Pré-Hospitalares de Urgência-Emergência

SAI	- Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SIMPLES	- Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Micro-empresas e Empresas de Pequeno Porte
SINASC	- Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
UPA	- Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 PROTEÇÃO SOCIAL E DIREITO À SAÚDE.....	16
1.2 DIREITO À SAÚDE E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	26
1.3 AS INTERFACES ENTRE O SUS E O SETOR PRIVADO	28
1.4 SUS: ENTRE AVANÇOS, MUITOS DESAFIOS	34
1.5 PROBLEMÁTICA, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA.....	43
2 METODOLOGIA	45
2.1 A COLETA DE DADOS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO – SIA E SIH	46
2.1.1 Sistema de Informações Ambulatoriais	46
2.1.2 Sistema de Informações Hospitalares	48
2.2 A SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	50
3 O SUS E O DILEMA PÚBLICO – PRIVADO: A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PARANÁ.....	52
3.1 PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	54
3.1.1 Patologia clínica	55
3.1.2 Radiodiagnóstico	57
3.1.3 Endoscopia digestiva	58
3.1.4 Mamografias.....	59
3.1.5 Ultrassonografias	61
3.1.6 Consultas médicas especializadas.....	62
3.2 PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE	63
3.2.1 Tomografia computadorizada.....	64
3.2.2 Ressonância magnética	65
3.2.3 Radioterapia e quimioterapia.....	66
3.2.4 Terapia renal substitutiva	67
3.3 DISCUSSÃO	70
4 O SUS ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO: A ATENÇÃO HOSPITALAR NO PARANÁ.....	78
4.1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES	79
4.2 TEMPO DE PERMANÊNCIA EM INTERNAÇÕES HOSPITALARES	82
4.3 VALOR MÉDIO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES	83
4.4 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	84

4.4.1 Cirurgias por regime do prestador	84
4.4.2 Cirurgias de transplante por regime do prestador	86
4.4.3 Cirurgias cardiovasculares por regime do prestador	87
4.5 INTERNAÇÕES PARA PARTO POR REGIME DO PRESTADOR	88
4.6 DISCUSSÃO	89
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
5.1 TRABALHOS FUTUROS	104
REFERÊNCIAS.....	105

1 INTRODUÇÃO

Quando Bertolt Brecht questionou “que tempos são esses, em que temos que defender o óbvio”, a conjuntura era outra. Entretanto, trata-se de um verso cunhado sob o jugo do capitalismo, o que o torna atual. A presente pesquisa relaciona-se com a defesa do que poderia ser considerado óbvio caso a emancipação humana estivesse na pauta no processo civilizatório: o direito à saúde.

Este é o grande cenário em que a pesquisa se insere e, embora realize um recorte específico, no limite é com a defesa do direito à saúde que se estabelecem os diálogos. Trata-se, para tanto, de uma pesquisa que expressa em perspectiva histórica à relação público-privada na oferta de serviços de média e alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Paraná. Caracteriza-se como um estudo descritivo, cuja técnica de produção de informações recaiu sobre a coleta de dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e do Sistema de Informações Hospitalares – SIH do Ministério da Saúde do Brasil e na análise documental.

Nas próximas páginas apresenta-se a introdução estendida, onde se expõe o referencial teórico que amparou a problematização e apreensão do objeto de pesquisa. Versar-se-á sobre proteção social e sistemas de saúde, a relação de oferta de serviços de saúde públicos e privados e os avanços e desafios do SUS no Brasil, bem como o objeto, os objetivos, hipóteses e metodologia do trabalho.

A apresentação e a discussão dos dados será realizada na forma de dois capítulos. O capítulo 1 apresenta os dados e analisa a produção de serviços ambulatoriais especializados no SUS do Paraná e do Brasil no período de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 e 2015. O capítulo 2 apresenta os dados referentes à produção hospitalar do SUS no Paraná e no Brasil, no mesmo intervalo temporal, com exceção do último ano de amostra que no caso é 2014, e os analisa.

Por fim, nas considerações finais, propõe-se algumas discussões gerais, com base nos dados analisados nos capítulos anteriores e com recomendações para trabalhos futuros.

1.1 PROTEÇÃO SOCIAL E DIREITO À SAÚDE

Norberto Bobbio (2004, p. 5) nos diz que os direitos do homem, mesmo que fundamentais, nasceram ao longo da história caracterizados “por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas”.

A compreensão de saúde como um direito inerente a todo ser humano está intimamente relacionada ao desenvolvimento do modo de produção capitalista e das contradições advindas da luta de classes nos últimos dois séculos. A própria concepção dos direitos humanos e sociais sob a noção de cidadania, além de expressar um dos resultados históricos do conflito entre capital e trabalho, reflete um mecanismo pelo qual o Estado capitalista incorpora as reivindicações sociais de forma a se legitimar como suposto representante universal dos interesses comuns.

Para explicar a cidadania, Fleury e Ouverney (2012) e Reis (2007) lançam mão da clássica tipologia proposta por Marshall no livro *Cidadania, Classe Social e Estado* (1967). Esta tipologia divide a cidadania em elemento civil, elemento político e elemento social. A cada elemento corresponde um conjunto de direitos e deveres, que foram alcançados e estabelecidos pelas nações respeitando seus contextos históricos. De acordo com Fleury e Ouverney (2012, p.26),

A cidadania pressupõe a existência de uma comunidade política nacional, na qual os indivíduos são incluídos, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos. O pertencimento à comunidade política pressupõe também, além de crenças e sentimentos, um vínculo jurídico e político, o que requer a participação ativa dos indivíduos na coisa pública.

A utilização de “tipos ideais”, como essa tipologia de cidadania, deve ser vista a partir de uma dupla perspectiva. Se, por um lado, pode engessar a compreensão da realidade concreta, induzindo a conclusões como a que a cidadania brasileira nunca se realizou plenamente, por outro lado, permite um parâmetro que possibilita identificar em que medida as realidades concretas em foco aproximam-se ou distanciam-se do modelo proposto.

Reis (2007, p. 15-16) destaca a importância de se pensar a cidadania brasileira em diálogo com o modelo clássico, porém dentro de uma perspectiva de construção histórica e, para ele,

Com efeito, a experiência brasileira e latino-americana, em geral, tem sido vista como um caso incompleto, de uma cidadania insuficiente ou subcidadania, atravessada por carências e déficits em oposição à experiência européia ou norte-americana, alçada ao plano de realidade ideal.

Numa dimensão ampliada, a discussão de direitos relaciona-se com a ascensão e o estabelecimento do capitalismo. O advento do capitalismo provocou uma cisão do modo de vida tradicional feudal, trazendo novos valores e modos de organização da vida e da produção. Fleury e Ouverney (2012, p.27) consideram que a cidadania está intimamente ligada ao processo de dominação burguesa e controle jurídico nas relações de igualdade, visto que assim se assegura o pleno desenvolvimento das relações de troca ao mercado. Ao se referir a esse processo, Reis (2007, p. 19) considera que:

Assim, dado esse processo de diferenciação das diversas esferas da vida social, características da ordem burguesa em expansão, diversos tipos de direitos puderam ser definidos, o que os teria levado a implantarem-se obedecendo a dinâmicas diferentes em termos de temporalidade e de sequenciamento histórico/cronológico. Com efeito, a perspectiva 'em escada' de Marshall estabelece certa linha evolutiva e lógica nesse processo de expansão da cidadania, em que a introdução dos direitos civis cria as condições de possibilidade para o estabelecimento dos direitos políticos, que, por sua vez, permite o avanço dos direitos sociais, este último assentado fundamentalmente no tripé educação, saúde e trabalho.

Dessa forma, no processo histórico de construção e organização da sociedade, a cidadania é considerada um atributo central da democracia, pois se ampliando as condições de igualdade social, se amplia a cidadania (FLEURY; OUVENEY, 2012, p. 27). Contudo, há de se expor conforme afirmam os mesmos autores que:

A postulação da igualdade abstrata que inicia a era das relações contratuais, na qual os indivíduos estão no mesmo plano, possibilitou a emergência da ação política das camadas excluídas pela sociedade industrial. Porém, da simples composição abstrata de igualdade perante uma comunidade nacional ao compartilhamento de padrões de inclusão há um grande espaço, que requereu a mobilização em torno da institucionalização de direitos universais inseridos na ação do Estado por meio de políticas públicas, capazes de concretizar o status de cidadania. (FLEURY; OUVENEY, 2012, p. 29)

É importante destacar essa mudança operada pelo capitalismo. Antes dele, a proteção social, entendida como o conjunto de práticas orientadas a proteger

indivíduos e grupos dos riscos inerentes à vida humana e à vida em sociedade, era assegurada por senhores feudais, igrejas e famílias. Com o desenvolvimento capitalista, essa responsabilidade foi sendo assumida pelos chamados “agentes de sociabilidade primária”, que além das famílias e igrejas, formavam-se por grupos e associações, além do mercado (CASTEL, 1990, p.48). Aos poucos, especialmente ao longo do século XX, com o fortalecimento capitalista e a agudização das desigualdades sociais, a proteção social assume *status* de política pública (ZIMMERMANN; ANDRADE; 2008, p. 66).

Diferentes teóricos estudam e debatem as políticas sociais, com diferentes entendimentos. Para Paiva (2003, p. 03) as políticas sociais envolvem a “[...] participação do Estado no processo de acumulação do capital, por um lado, e a legitimação dessa ação pela obtenção do consenso junto às classes sociais, por outro” (PAIVA, 2003, p. 03). Netto (2003, p. 15) entende “as políticas sociais como respostas do Estado burguês do período do capitalismo monopolista a demandas postas no movimento social por classes (ou estratos de classes) vulnerabilizados pela questão social”. Por sua vez, Boschetti (2016, p. 25) considera que a perspectiva necessária para análise de políticas sociais “é a de que estas são resultado de relações contraditórias determinadas pela luta de classes, pelo papel do Estado e pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas”. Para a autora, há uma determinação comum nos países capitalistas:

Significa reafirmar que as políticas sociais são conquistas civilizatórias que não foram e não são capazes de emancipar a humanidade do modo de produção capitalista, mas instituíram sistemas de direitos e deveres que, combinados com a instituição de tributação mais progressiva e ampliação do fundo público, alteraram o padrão de desigualdade entre as classes sociais, sobretudo a partir de sua expansão na segunda metade do século XX. Alterar o padrão de desigualdade não significa superar a desigualdade, mas provocar a redução das distâncias entre rendimentos e acesso aos bens e serviços entre as classes. Embora com imensas disparidades entre os países do capitalismo central e periférico, o desenvolvimento de políticas sociais passou a ser uma tendência geral das sociedades capitalistas, que instituíram sistemas de proteção social e passaram a assumir um papel fundamental na garantia das condições gerais de produção, por meio da socialização dos custos da produção. (BOSCHETTI, 2016, p. 25)

Quando se fala de políticas públicas, e quando se focaliza nas políticas sociais, como as de educação, saúde, previdência, habitação e saneamento, entre outras, deve-se compreender os diferentes aspectos do Estado, no qual elas se

movimentam. E para tanto é importante diferenciar Estado e governo (HÖFLING, 2001).

Höfling (2001, p.31) define de forma pragmática que é possível considerar Estado como o “conjunto de instituições permanentes – como órgãos legislativos, tribunais, exército e outras que não formam um bloco monolítico necessariamente – que possibilitam a ação do governo” e que Governo é um conjunto de “programas e projetos que parte da sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros) propõe para a sociedade como um todo” e que configurarão a orientação política de um determinado governo, por um determinado período em que assume e desempenha as funções de Estado.

Para a autora, as políticas públicas são entendidas como “Estado em ação”, onde o Estado implanta um projeto de governo, através de ações e programas em setores específicos da sociedade. Contudo, ela afirma que as políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais, onde o Estado estaria reduzido a uma burocracia pública, aos organismos estatais que conceberiam e implementariam as políticas públicas.

Viana e Baptista (2012) afirmam que falar de política pública é falar de Estado, de pacto social, de interesses e de poder. Nesse sentido, conhecer o papel que o Estado exerce é fundamental, pois a influência dos interesses econômicos na ação política é um importante meio para a manutenção de uma classe social particular.

Para Netto (2003), o Estado tem uma natureza de classe e dupla função: garantidor da acumulação e fiador/legitimador da ordem burguesa. Essas duas funções, na conjuntura dos últimos 30 anos, são incompatíveis, e implicam em uma tensão constante, relacionando-se no campo da democracia política. Porém, o autor lembra que entre 1945 e 1975 foi possível ao Estado capitalista na sua conformação monopolista em nações da Europa Ocidental, conciliar esta dupla função, naquilo que se convencionou chamar de Estado do Bem-Estar Social.

Ao se direcionar o olhar especificamente para as políticas sociais, percebe-se que, historicamente, têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, associadas ao fenômeno de industrialização, com os conflitos surgidos entre o capital e o trabalho. Para Fleury e Ouverney (2012, p. 29) foi nesse momento que se instaurou a “necessidade de desenvolver tanto formas compensatórias de integração

e coesão social quanto mecanismos e instrumentos de reprodução eficaz da força de trabalho”, imprescindível para a expansão da produção do capital.

Exemplo importante é o processo de reestruturação social que ocorreu na Alemanha, ao final do século XIX. Bismarck, então chanceler alemão, propunha um modelo onde o Estado autoritário tomava para si a responsabilidade pela segurança social, para organização corporativa da sociedade e ampliação do controle do Estado sobre a vida social e o trabalho organizado. Na época, o país vivia o processo de transição para o modo de produção capitalista. Surgiu, então, o seguro social, que procurava aliviar as necessidades do proletariado industrial e forjar sua lealdade com o Estado. Bismarck afirmava que o “caminho para a cura da desordem social não estava apenas na repressão da social democracia, mas também no fomento positivo do bem-estar dos trabalhadores” (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p.96).

Outro marco importante está relacionado ao Relatório Beveridge, de 1942, na Inglaterra, período pós 2ª guerra mundial. Em um contexto de crise, o documento apresentava um plano político concreto de reformas sociais abrangentes e universalistas e fomentou a implantação de um avançado regime de proteção social com ampla aceitação e repercussão, pois envolvia a sociedade como um todo. O papel do Estado era ampliado e as políticas consolidaram seu caráter estruturante, pois o objetivo principal passou a ser a construção da cidadania e não apenas o socorro aos casos de miséria extrema (SILVA, 2010).

Assim, com os movimentos sociais que se erguiam contra as condições de vida e trabalho precárias a que os sujeitos estavam submetidos, numa condição real de exclusão, por meio de mobilizações, com protestos e lutas intensas, estabeleceu-se um novo processo de integração social, a partir da metade do século XIX. Isso porque, com o contexto de grande mobilização popular, as políticas de proteção social vieram como resposta do Estado para gerar estabilidade e segurança, e um novo tipo de solidariedade (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Com a conquista de direitos civis, políticos e sociais, os Estados passaram a desenvolver juridicamente, na forma de direitos garantidores da condição de cidadania, as suas formas de proteção social. E dessa maneira a proteção social se institucionalizou pelo desenvolvimento “de amplos sistemas de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência, visando o bem-estar da população” (FLEURY; OUVÉNEY, 2012, p. 30).

Nasceu assim o chamado Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State* na Europa. Estes foram resultado de uma situação histórica concreta, pós-segunda guerra, que implicava: a existência de um importante número de países e movimentos socialistas na Europa em contraposição ao capital-imperialismo liderado pelos EUA; a necessidade de adesão dos trabalhadores europeus ao ideário capitalista, diante da grande miséria e destruição causadas pela guerra; a necessidade de reprodução da força de trabalho, bastante reduzida pelo conflito militar; e a existência de altas taxas de lucro com a ampliação da acumulação decorrente da reconstrução da Europa (NETTO; BRAZ, 2010). Com o objetivo de introduzir arranjos mais igualitários, surgiram em diferentes nações distintos modelos de proteção social, em estreita relação com a estrutura e dinâmica social de cada formação social.

Fleury (1994) estudou a organização da proteção social em países industrializados e propôs uma tipologia de proteção social. Três tipos de sistemas de proteção social podem ser reconhecidos e caracterizados, a saber: o modelo de assistência social, o modelo de seguro social e o modelo de seguridade social. De forma sucinta, cada sociedade responde à necessidade de criar políticas de proteção social de acordo com os valores compartilhados, com a relação do peso do Estado, da sociedade e da comunidade. Esses modelos variam no que toca à concepção de políticas sociais e suas instituições, e vão impactar a construção da sociedade (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Boschetti (2016) também indica a presença de determinações concretas no desenvolvimento da proteção social. Para ela, há variações quanto a sua origem, processo de desenvolvimento, configuração e abrangência que definem o formato das experiências concretas.

As experiências concretas são diversas porque se erigem na histórica relação entre o grau de desenvolvimento das forças produtivas, o papel do Estado e das classes sociais em cada país. Considera-se, portanto, que as condições nacionais atribuem aos sistemas de proteção social características e particularidades que os distinguem sem, contudo, suprimir sua morfologia estruturalmente capitalista (BOSCHETTI, 2016, p. 25).

Ao analisar uma política social, devemos, pois, ter em conta não apenas o benefício adquirido, mas fundamentalmente, o *status* atribuído na concessão desse benefício. Deste modo, é possível afirmar que cada um dos modelos de proteção

social produz condições distintas na condição (*status*) de cidadania dos sujeitos, e assim, encontramos nas modalidades referenciadas acima relações de cidadania invertida, cidadania regulada e cidadania universal (FLEURY; OUVERNEY, 2012).

Para Fleury e Ouverney (2012, p. 33), o modelo de assistência social tem como eixo central a participação do Estado de forma restrita ao mínimo necessário, e este precisa viabilizar a existência do mercado, que é tido como auto regulável. As ações assistenciais são dirigidas a grupos pobres e vulneráveis que precisam comprovar suas condições de incapacidade financeira regularmente, o que não lhes garante um direito assegurado. Assim, essa relação social é denominada como “cidadania invertida”, pois se entende que o sujeito ou grupo somente serão objeto da política como consequência do seu fracasso social.

Os mesmos autores, ao explicar o modelo de seguro social, referem que este associa inserção no mercado de trabalho e política social, sendo que a cobertura de serviços do seguro está relacionada à proporção da contribuição de cada grupo ocupacional, o que privilegia o mérito e as diferenças entre eles e, ao mesmo tempo, o financiamento do Estado para as políticas sociais se dá com contribuições descontadas das folhas de pagamento, de empregados e empregadores, que se juntam com as contribuições estatais. Esses recursos serão distribuídos de acordo com as necessidades, mas mantendo a lógica de que quanto mais contribuição, maiores serão os benefícios (FLEURY; OUVERNEY, 2012).

Desse modelo, altamente fragmentado, e com o condicionamento dos direitos sociais pela inserção dos indivíduos no mercado de trabalho, Fleury e Ouverney (2012, p. 34), citando o conceito de Wanderley Guilherme dos Santos (1979), chamam de cidadania regulada, referindo-se à “regulação exercida pela inserção de cada beneficiário na estrutura produtiva”.

O modelo de seguridade social, um conjunto de políticas públicas baseadas no princípio da justiça social, garante aos cidadãos o direito a um mínimo vital, que é estabelecido socialmente. O Estado desempenha papel central tanto na administração quanto no financiamento. E é nesse modelo que se pode falar em cidadania universal, em que os benefícios são assegurados a todos como direitos sociais.

Quando se direciona a análise para os sistemas de saúde, ao longo do século XX houve um crescimento da participação do Estado no controle dos mecanismos relativos à saúde e ao bem-estar das populações e que poderiam,

deste modo, afetar o desenvolvimento das nações. Com a organização de estruturas que garantiam ações e serviços de saúde, bem como prevenção de doenças e agravos, os Estados consolidaram Sistemas Nacionais de Saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Para Lobato e Giovanella (2012, p. 91), “a proteção à saúde será tanto mais ampla quanto mais a sociedade entender a saúde como um problema coletivo, não de cada indivíduo ou família, mas de todos os cidadãos”. E, de uma forma mais geral, as autoras afirmam que a ampla proteção à saúde relaciona-se com sistemas universais de saúde públicos e que incorporaram a saúde como um direito de cidadania. Concluem que ou a sociedade atinge “níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou nunca será um lugar de boa convivência”.

Sistemas Universais de Saúde são, para Lobato e Giovanella (2012), um conjunto de partes inter-relacionadas e interdependentes que tem como objetivo um determinado fim e para tanto com ações, organizações, regras e indivíduos, que estão relacionados ao modelo de proteção social de seguridade social. Estes sistemas de saúde compreendem a saúde como direito inerente a todo ser humano, com a gestão e o financiamento provenientes do Estado. Dessa forma, o sistema de saúde garantiria acesso às ações e serviços de saúde de forma universal, para todos os cidadãos do território.

O século XX assistiu tanto a implementação de políticas sociais de saúde dentro de perspectivas ampliadas como a sua reformulação, no processo já descrito por Bobbio (2004), de expansão e de retração de direitos. A segunda metade do século, especialmente em seu terço final, foi acompanhada por uma série de reformas em nível internacional. Para Lobato e Giovanella (2012, p. 115), estas reformas “foram consequência de políticas neoliberais, que visavam à reestruturação das economias capitalistas e pregavam a redução do Estado no financiamento e na oferta de serviços”.

As autoras afirmam que a área social foi duramente atacada por estas reformas:

Que visavam reduzir déficits fiscais e garantir recursos para pagamentos dos juros dos empréstimos internacionais por meio de cortes de gastos sociais apregoados como ineficientes e eram geradoras de dependência dos indivíduos e famílias à proteção do Estado. As medidas adotadas pelos países foram mais ou menos radicais nos cortes de gastos e desmonte dos sistemas de proteção social, mas um elemento comum foi a introdução de mecanismos de mercado nos sistemas de saúde, seja pela privatização de parte dos serviços, seja pelo aumento da participação dos cidadãos no financiamento da proteção e aumento de copagamentos no ato da utilização, seja ainda pela retirada de direitos antes garantidos. (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 215)

Rizzotto (2012, p. 100) sustenta que a “ofensiva às políticas sociais, empreendida pelos defensores desta doutrina, tem sido linear embora com resultados distintos”, e atingiu tanto os países que conseguiram construir um Estado de Bem Estar Social, como os países periféricos que só conseguiram realizar um esboço de proteção social aos seus trabalhadores, com uma cidadania restrita e regulada.

Travagin (2017, p. 998) afirma que as discussões político-econômicas globais nos anos 1980 voltaram-se para a defesa do chamado Estado mínimo, e cita Bresser-Pereira (2009) que sistematizou:

Para o neoliberalismo, o Estado deveria se tornar ‘mínimo’, e isso significava pelo menos quatro coisas: primeiro, que deixasse de se encarregar da produção de determinados bens básicos relacionados com a infraestrutura econômica; segundo, que desmontasse o Estado social, ou seja, todo o sistema de proteção social por meio do qual as sociedades modernas buscam corrigir a cegueira do mercado em relação à justiça social; terceiro, que deixasse de induzir o investimento produtivo e o desenvolvimento tecnológico e científico, ou seja, de liderar uma estratégia nacional de desenvolvimento; e, quarto, que deixasse de regular os mercados e principalmente os mercados financeiros porque seriam autorregulados. (BRESSER-PEREIRA, 2009, p. 8-9)

Em 1989, o Consenso de Washington oficializou a defesa do Estado mínimo, e alterou as recomendações internacionais do Banco Mundial (BM). Rizzotto (2012, p.94) afirma que “os resultados sociais da aplicação dos programas de ajuste do BM e dos planos de estabilização do Fundo Monetário Internacional (FMI), que incorporaram as propostas liberalizantes, logo se fizeram sentir”. Os países latino-americanos foram alvo especial para as recomendações pois encontravam-se em um momento de reorganização pós regimes ditatoriais.

As publicações desta entidade, mesmo que suas bases conceituais não estivessem de forma explícita, passaram a ser elemento fundamental de

disseminação da ideologia e das políticas econômicas estadunidenses, recomendando políticas sociais residuais, consonantes com o ajuste neoliberal e a austeridade fiscal por ele requerida. Pautando suas ações num pressuposto básico, o desenvolvimento econômico, o setor da saúde tornou-se uma pauta relevante para o Banco, que passou a vislumbrar nele uma grande área de investimento de capital (TRAVAGIN, 2017; RIZZOTTO, 2012).

1.2 DIREITO À SAÚDE E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Foi na Era Vargas, nos anos de 1930-1945, e no regime militar, nos anos de 1964 a 1984), que o sistema de proteção social brasileiro se expandiu. Nestes períodos, todo processo de tomada de decisão e de gestão do sistema eram realizados de forma centralizada, com grande burocracia e sem a participação da sociedade, o que gerava muita desigualdade e fragmentação no acesso e distribuição das ações e serviços de saúde (PAIM et al., 2011).

Na saúde, o sistema nacional era formado por um Ministério da Saúde com pouquíssimos recursos financeiros, responsável por ações de saúde pública, e pela assistência médica individual da Previdência Social, que ofertava serviços por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional, com diferentes serviços e níveis de cobertura. Os cidadãos que possuíam empregos esporádicos tinham acesso a serviços ora públicos, ora filantrópicos ou a serviços de saúde privados pagos do próprio bolso (PAIM et al., 2011).

Paim et al. (2011) explica que, no período após o golpe militar de 1964, houve reformas governamentais que impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos, além da rápida ampliação da cobertura, que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais. Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados, e os sindicatos e as instituições filantrópicas passaram a oferecer assistência de saúde a trabalhadores rurais.

Santos (2018, p. 1730) sustenta que nessa época houve uma “política deliberada de massiva migração populacional para as periferias urbanas de cidades médias e grandes”, em que a concentração de renda, a pauperização da população e a elevação da tensão social aumentaram. No mesmo período, o governo liberou os

subsídios diretos a empresas privadas para que as mesmas ofertassem assistência médica a seus empregados, acessando descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta de cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados. Com uma cobertura maior na previdência social e um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado com base nos serviços realizados, o resultado foi uma crise de financiamento na previdência social. Isto se inseria em um período de recessão econômica da década de 1980; e neste cenário, a reforma sanitária brasileira foi sendo fortalecida (PAIM et al., 2011).

Na contramão das reformas que aconteciam em muitos países no mundo, e que questionavam a manutenção do Estado de Bem Estar Social, preconizando que o Estado tivesse seu papel de financiador reduzido e não precisasse ofertar serviços de saúde, nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), projetado pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS) brasileira nos anos de 1970 e 1980, e que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco para a organização do sistema de saúde no Brasil, pois foi nela que se reconheceu a “saúde como um direito de todos e dever do Estado”. Houve uma defesa da redemocratização da sociedade, ao afirmar que as modificações necessárias para o setor da saúde transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira; a mudança era mais profunda e se buscava que o conceito de saúde e as ações institucionais para promoção, proteção e recuperação da saúde precisavam ser revistos e garantidos na legislação (BRASIL, 1987, p. 381).

O entendimento de que saúde é um direito, a ser constitucionalmente garantido, fundamentava-se na concepção de saúde de forma ampliada, ou seja, compreendendo que saúde não é apenas a ausência da doença, mas um bem estar físico, social e mental decorrente de condições de vida saudáveis, com adequada moradia, alimentação, transporte, lazer, segurança, educação e saúde, além de trabalho e renda (BRASIL, 1987).

Assim, desde 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o sistema de saúde brasileiro, resultado de amplo processo de mobilização social e política, foi instituído. Com isso, ficaram garantidas, em lei, ações e serviços de saúde a toda população, conformando o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como diretrizes a universalidade, igualdade, integralidade, participação comunitária,

descentralização e a instituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988).

Os direitos relativos à saúde estão incorporados à Constituição Federal em um capítulo específico, referente à seguridade social, e fazem parte dos direitos fundamentais de todo cidadão brasileiro, junto com a previdência social e a assistência social. A política de saúde que materializaria o direito à saúde foi descrita na Constituição Federal de 1988 como o “conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1988, não p.).

1.3 AS INTERFACES ENTRE O SUS E O SETOR PRIVADO

Desde a promulgação da Carta Magna Brasileira, observou-se o aumento das atividades do Estado, que mudou seu quadro institucional consolidando um sistema de garantias individuais e sociais ao cidadão brasileiro, aumentando assim, as atividades no setor da saúde, que passou a contar com um sistema público, universal e integral.

O SUS comporta todos os entes federativos – União, Estados, Municípios e Distrito Federal – em um único sistema administrativa e politicamente descentralizado, com direção única em cada esfera de governo. Contudo, deve ser organizado sob o formato de rede regionalizada de saúde e com financiamento compartilhado, onde cabe aos entes federativos o poder-dever de cuidar da saúde e de regular, controlar e fiscalizar a saúde pública e privada (SANTOS, 2010, p. 73).

Desde seu início, a organização e conformação do SUS passou por disputas e interferências políticas e econômicas. Teixeira (1987, p. 97) explica que conforme o projeto sanitário foi tomando forma e se aproximando do planejamento e da organização dos serviços, novos atores foram aparecendo e à época escreveu:

Por um lado, os agentes de saúde trabalhando na base dos projetos de extensão da cobertura e os políticos interagindo no âmbito dos sistemas locais e estaduais de saúde; por outro, os produtores privados, que até aquele momento mantinham-se afastados do debate, preservando privilégios a partir de sua ação em canais menos democráticos, como os anéis burocráticos incrustados em todos os níveis de direção do Inamps, sentiram que o avanço do movimento sanitário, representado pelo salto do discurso à prática, poderia vir a ameaçá-los, e participaram dos debates nos simpósios de saúde. As táticas dos produtores privados, bem como o controle das informações que detêm acerca de produtividade, custos, oferta, demanda, etc. representam mais um obstáculo a ser vencido no nível do conhecimento.

Santos (2013, p. 25) lembra que no período do movimento sanitário, desde os anos de 1970, em todos os espaços de discussão e debates as entidades que representavam trabalhadores, centrais sindicais, entidades de profissionais de saúde e das classes médias “assumiram, em todos os momentos e situações, a opção pelo SUS e não pelos planos privados”. De acordo com o autor, naquela época acreditava-se inocentemente que o Estado seria democratizado e cumpriria as diretrizes constitucionais sociais.

Antes da Constituição Federal, cabia ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) a prestação dos serviços de assistência à saúde aos trabalhadores urbanos e rurais. Ele “espraiava-se” por todo o território nacional com hospitais e postos de assistência médica, e estimava-se que 70% dos serviços prestados eram contratados do setor privado, de forma centralizada (SANTOS, 2010, p. 74).

Esse modelo de compra de serviços privados se estruturou no Brasil a partir dos anos 1960, e autores como Romano et al. (2015), Paim et al.(2011) e Menicucci (2007) afirmam que, desde o nascimento do SUS, o laço com a participação do setor privado na oferta de serviços permaneceu firmado, sendo chamado de complementariedade. Desta maneira, para os autores, na tentativa de integrar os serviços de saúde privados e filantrópicos, o Estado delegou aos municípios e aos estados a função de estabelecer contratos e convênios com esses prestadores, acompanhando o seu desempenho.

É preciso compreender estas questões, pois conforme assegura a CF, para garantir as ações e serviços de saúde, a organização do SUS pressupõe a instituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada. Para Solla e Chioro (2012, p.547), essa organização permite um conhecimento maior das necessidades de saúde da população e favorece a

realização de ações de vigilância em saúde e o “acesso ao conjunto de ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade”.

Quando a disponibilidade da oferta de serviços na rede pública de saúde é insuficiente para atender às demandas da população, o gestor local, regional ou estadual pode complementar a oferta de serviços, com a participação do setor privado, desde que comprovada a necessidade e a impossibilidade de ampliação dos serviços próprios (BRASIL, 1988). Tais dispositivos constitucionais estão explícitos no artigo 197 e no parágrafo primeiro do artigo 199 da Constituição Federal (CF) de 1988, bem como no artigo 24 da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990.

O artigo 197 da CF anuncia que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e que devem ser executados diretamente ou através de terceiros, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Também afirma que compete ao poder público regulamentação, fiscalização e controle da execução dos serviços de saúde prestados, a despeito da natureza jurídica do prestador (BRASIL, 1988).

O artigo 199 assegura que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada:

§1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Brasil, 1988, p. 119).

Originalmente, os §2º e o §3º vedam a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos e participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde. E o §4º proíbe a comercialização de órgãos, sangue e seus derivados (BRASIL, 1988).

O Artigo 24 da Lei nº 8080/1990, que é a lei que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, afirma que quando a disponibilidade de serviços for insuficiente para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. E em seu parágrafo único assevera que a “participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público” (BRASIL, 1990, não p.).

Para Bahia (2009), a inclusão desses preceitos no texto constitucional expressa uma tentativa, mesmo que precária, de conciliar os embates sobre o caráter público e privado dos estabelecimentos de saúde. A autora analisa que os efeitos práticos dessas diretrizes constitucionais foram, até o momento, heterogêneos. Um dos exemplos citados por ela é que, após a promulgação, em meio às polêmicas sobre a estatização imediata ou em médio prazo dos hospitais privados e em meio aos imensos esforços para regulamentá-la, alterou-se a legislação tributária com a finalidade de autorizar a dedução do imposto de renda das despesas com médico e seguros privados de saúde e ampliar os limites de desconto da base de cálculo. Ou seja, se ampliava a discussão da cobertura e oferta pública ao mesmo tempo em que efetivamente se favorecia o setor privado.

Assim, se por um lado o sistema público ampliou sua capacidade instalada e a utilização dos serviços, não foram poucas, muito menos óbvias “as transformações na base física, na organização das demandas e volume e destino de recursos financeiros para o subsistema privado e tampouco na legislação que as legitimou” (BAHIA, 2009, p. 755).

Paim et al. (2011), reforça que, no Brasil, historicamente as políticas de saúde estimularam o setor privado e promoveram a privatização da atenção à saúde. Como exemplos deste estímulo, ele cita o credenciamento de consultórios médicos, a remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas e mesmo os incentivos às empresas de planos e seguros de saúde. Desta maneira, o subsistema de saúde privado estabelece uma relação estreita com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços ambulatoriais e hospitalares, medicamentos e planos e seguros de saúde, e parte desta oferta tem o financiamento pelo SUS.

Ocké-Reis e Sophia (2009, p. 74) sustentam que mesmo que essa “acomodação público/privada” não era nada desejada pelo movimento sanitário, e que para alguns atores havia o discurso de que a criação do SUS teria sido fracassada e teria de alguma forma proporcionado o crescimento dos planos de saúde, era necessário que se fizesse uma análise de forma contrária. Para eles, o crescimento dos planos de saúde foi enorme porque contava, na verdade, com “incentivos governamentais no contexto do desfinanciamento do SUS, da crise fiscal do Estado e da ofensiva neoliberal”.

Com esse olhar de análise, para os autores a alegação de que o mercado 'desafogou' financeiramente o SUS serviu de apoio ideológico aos interesses liberais e capitalistas, e na realidade acaba por esconder a história e as raízes que permitiram o patrocínio do mercado de planos de saúde pelo Estado capitalista, e que contribuiu para estruturar um “modelo de proteção social de matriz liberal em contrapartida a priorização do modelo de atenção à saúde pública consentido pela Constituição de 1988” (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009, p. 74).

Essa rede complexa de prestadores e compradores de serviços que formam o sistema de saúde brasileiro, gera uma combinação público-privada e, para Paim et al. (2011), é possível identificar neste sistema três subsetores: o público, onde os serviços são financiados pelo Estado nos três entes federativos; o subsetor privado, no qual os serviços são financiados com recursos públicos e privados; e o subsetor suplementar que possui diferentes planos privados e de apólices de seguro, além dos subsídios fiscais públicos. Os autores afirmam que os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, sendo possível às pessoas inclusive utilizar os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso e da possibilidade de pagamento (PAIM et al., 2011).

Cabe aqui apontar que as parcelas privadas do sistema de saúde brasileiro, que estão nos subsistemas privado e suplementar, possuem diferentes nuances de atuação e diferentes autores vêm estudando-as. Têm-se discussões a respeito de planos privados de saúde com coberturas restritas (BAHIA, et al. 2016); estudos sobre a saúde suplementar e os seus subsídios, além da compreensão de cada uma das formas que o seguro privado se insere no sistema de saúde: suplementar, substitutivo, complementar ou primário (SANTOS, UGÁ, PORTO, 2008); estudos a respeito de isenções, deduções, reduções de base de cálculo e alíquota, que são os conhecidos subsídios (MENDES et al., 2015; MENDES E WEILLER, 2015; SANTOS 2013, 2018); entre outros. Este trabalho, no entanto, se propõe a estudar a complementariedade no SUS, e não os demais aspectos que envolvem a participação, financiamento e organização dos setores privados no Brasil.

Alguns autores (PAIM, 2011; SANTOS, 2012; BAHIA, 2018) apontam que esta modalidade de oferta, com a complementariedade através da compra de serviços privados pelo setor público, vem transformando o SUS em uma espécie de grande convênio, pois o mesmo contrata serviços de outros prestadores, principalmente no que se refere à atenção especializada e hospitalar. Tal fato acaba

ferindo o planejamento ascendente e integrado, e as diretrizes e princípios do SUS pois com a compra destes serviços desvinculados do sistema, acaba não havendo a integração do cuidado, a longitudinalidade e o acesso facilitado dos usuários.

Os serviços de atenção especializada, em muitos municípios e regiões, são em sua maioria do setor privado (filantrópicos ou com fins lucrativos), que visam ao lucro e não se reconhecem como parte do SUS, embora dele sejam dependentes, de mais a mais, não apresentam a mesma lógica organizacional e doutrinária do SUS. São conveniados ou contratados, prestando serviços de apoio a diagnóstico e terapia (SADT) com exames complementares e consultas médicas especializadas através de consórcios intermunicipais de saúde, consultórios individuais, clínicas e hospitais privados e filantrópicos.

Vasconcelos e Pasche (2007, p. 548) afirmam que a oferta de serviços do setor privado está orientada pela lucratividade “e condicionada pelos diferenciais de remuneração da tabela do SUS que tem favorecido os procedimentos especializados que utilizam maior aporte tecnológico”. Solla e Chioro (2012, p. 553) sustentam esta afirmação exemplificando que há “seleção de demanda por enfermidades que resultam em procedimentos mais bem remunerados na tabela SUS”, além de excessos de pedidos de consultas e exames complementares, e da utilização destes serviços para que se realizem procedimentos não cobertos pelos planos de saúde ou não autorizados pelas operadoras.

A oferta privada desses serviços, sem planejamento, acaba organizando a demanda pela oferta e não pela real necessidade. Esta realidade tem implicações no modelo assistencial e nos custos da saúde. Ademais, o setor privado está submetido a uma regulação muito frágil e incipiente, além de entendimentos equivocados acerca da sua complementariedade ao SUS. Muitas vezes, os serviços privados contratados ou conveniados ao SUS são entendidos como permanentes, substituindo os serviços públicos ao invés de complementá-los (SANTOS, 2013, p.257).

Observa-se, assim, a inversão dos preceitos constitucionais da Carta Magna de 1988, com o Sistema Único de Saúde agindo de forma complementar aos serviços privados, tendo na atenção especializada e hospitalar, a expressão mais clara desta inversão dentro do sistema. Esta perspectiva segue uma tendência internacional de impor aos sistemas de saúde universais um “universalismo básico”,

que reduz os serviços públicos a ações de prevenção e promoção coletivas da saúde e que deixa a assistência especializada a cargo de serviços privados.

Rizzotto (2012, p. 228) sustenta essa ideia, de que no campo da saúde se reabilitou um modelo de atenção focalizado na atenção primária, voltado para os pobres, e afirma que:

Parece que para alguns era suficiente o mínimo, o menos sofisticado, o elementar, o primário, o comum, o geral ou arcaico e, para os outros, os mais privilegiados, os que tivessem acesso à riqueza material e pudessem pagar pelos serviços de saúde, estes poderiam usufruir do avanço científico e tecnológico, da sofisticação, da qualificação, da especialização e do moderno.

1.4 SUS: ENTRE AVANÇOS, MUITOS DESAFIOS

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e é necessário o reconhecimento de todos os avanços que conquistou, para além de todas as críticas e problemas que foram se acumulando desde o seu advento e regulamentação.

Incluíram-se no sistema público de saúde, a metade da população antes excluída de qualquer sistema de saúde. Na atenção básica ampliou-se a integração das ações que promovem, protegem e recuperam a saúde, com o apoio de diagnósticos epidemiológicos e sociais, além da formação profissional e processos de trabalho em equipe. Bahia (2018) afirma que o número de pessoas cadastradas na atenção básica em 2015, era de cerca de 116.600 milhões, cinco vezes maior do que em 1998. Além disso, muitos territórios estão totalmente cobertos pela atenção básica, e em alguns casos, possuem excelente infraestrutura física e de custeio, suporte de referências especializadas e integração com o ensino/universidades (SANTOS, 2018).

Também os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), os serviços pré-hospitalares de urgência-emergência (SAMU) e os Hemocentros tiveram sua ampliação, além da reconhecida competência na área da vigilância em saúde, como as de imunizações. A assistência especializada, o fornecimento de materiais em relação à inclusão dos portadores de deficiências e de doenças crônicas específicas, o controle da HIV/AIDS, que tem a melhor avaliação entre os países em desenvolvimento, os

transplantes, cirurgias e acesso ao tratamento de câncer, são ações e serviços que tiveram ampliação e qualificação ao longo dos anos (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009; SANTOS, 2018).

Para Bahia (2018) o SUS cresceu, mas não é único, nem universal. Este entendimento se faz necessário para que observemos que ao mesmo tempo em que houve a ampliação do sistema público, o setor privado assistencial também se expandiu. Segundo dados divulgados pela Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp) em 2018 houve a abertura de mais de 3 mil leitos em hospitais privados.

A Confederação Nacional dos Municípios divulgou em outubro de 2018, um Estudo Técnico a respeito da situação dos leitos hospitalares ao longo de dez anos, entre os anos 2008 e 2018. O Estudo corrobora com a afirmação acima ao apresentar os seguintes dados: em 2008 o sistema de saúde contava com 460.656 leitos SUS e não SUS; em dados de 2018, o quantitativo decaiu para 437.565. E destaca que quando se compara os leitos SUS e não SUS são, os primeiros que tiveram mais fechamentos que habilitações, enquanto os segundos aumentaram em aproximadamente 18.300 unidades no período (CNM, 2018).

Outro estudo, este de Viacava et al. (2018), refere-se aos estabelecimentos de saúde que tiveram expressivo crescimento, com dinâmicas diferentes por tipo de serviços. Como no caso do crescimento de Clínicas e Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT) especialmente na década de 1990, e de Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos últimos anos, todos expressivos. Contudo, enquanto as UBS são quase que exclusivamente públicas (99,2% em 2017), as Clínicas são em sua absoluta maioria privadas (86,8% em 2017), com uma participação pública que diminuiu ao longo do tempo, já que era superior a 50% em 1981.

A predominância de estabelecimentos privados, no mesmo estudo, também é observada entre os hospitais e as unidades de SADT. No caso dos hospitais, a oferta de leitos públicos pelo SUS aumentou, e atingiu em 2017 35,8%, mas a predominância dos privados na prestação ainda é maior. Em relação aos serviços de SADT, a maioria de estabelecimentos privados em todo o período, sendo que em 2017 a participação pública nestes serviços atingiu 6,3% (VIACAVA et al. 2018).

Para Braga Neto et al. (2012) enquanto os hospitais públicos cresceram através da criação de hospitais de pequeno e médio portes na esfera municipal, estes mesmos tipos são fechados na esfera privada. Os autores chamam a atenção

para a contraditoriedade de quando os incentivos federais e estaduais estão relacionados a melhores reajustes para a alta complexidade, ou seja, hospitais de grande porte. Afirmam ainda que os hospitais privados seguem a lógica do mercado, e mesmo quando conveniados ao SUS, apresentam uma tendência a concentrar-se em espaços com melhores possibilidades de sustentabilidade e retorno, como grandes centros urbanos ou regiões de maior desenvolvimento.

Viacava et al. (2018, p.1754-55) sustentam que a relação entre os setores público e privado na prestação de serviços de saúde no Brasil é histórica, e manteve-se em todo o período de implantação e expansão do SUS. Os autores afirmam que é possível observar a interdependência entre os setores público e privado na atenção à saúde com a análise dos dados de produção ambulatorial e hospitalar, e declaram que:

Se, por um lado, o SUS necessita dos serviços privados para garantir a atenção à população, a maioria dos estabelecimentos privados dependem dos recursos públicos por atenderem exclusivamente ao SUS ou serem de uso misto, especialmente os hospitais e as unidades de SADT.

Assim, ao analisarmos os avanços do sistema de saúde brasileiro, nos deparamos com essas contraditoriedades, e considerando que o modelo de proteção social à saúde garante constitucionalmente o acesso aos serviços de saúde e, sem serviços suficientes em oferta ou em ausência no território, se utiliza como um dos argumentos para justificar a complementação privada o subfinanciamento, ou seja, um montante orçamentário menor do que o necessário para o sistema de saúde público. Pois, não se conseguindo investir em serviços próprios, com construções, investimentos e mesmo com o custeio dos mesmos, se contratam serviços privados que ‘ficaria menos custoso’, além de garantir a prestação do serviço (BRAGA NETO et al., 2012, p.598).

Contudo, alguns estudiosos vêm se posicionando e fazendo análises a respeito do tema. Em reportagem da Folha de São Paulo, Mario Scheffer refere que não há uma avaliação séria e nem consistente a respeito da contratação de serviços ou da terceirização das gestões de serviços, pois não existem estudos globais mostrando a superioridade de um sistema sob o outro. Outra pesquisadora, Ana Maria Malik, afirma que cada local adota critérios diferentes, e desta maneira os

resultados não podem ser comparados pois dependem de como são estabelecidos, cumpridos e monitorados os contratos (FOLHA DE SÃO PAULO, 2018).

Em junho de 2018, o procurador do Tribunal de Contas da União, Júlio Marcelo de Oliveira publicou um texto em que discute as questões relativas a contratação de prestadores privados. Nele, o procurador defende que a estratégia de terceirizar a saúde pública por meio de organizações sociais e outras formas jurídicas é enganosa e oportunista, e afirma que, a simples troca de regime jurídico de público para privado não garante nenhuma melhoria na gestão da saúde, “mas sim abre as portas para todo tipo de desvio de condutas que o direito público tanto lutou para eliminar da administração pública: nepotismo, corrupção, favorecimento pessoal” (OLIVEIRA, 2018, não p.).

O autor afirma ainda que a experiência tem mostrado com esse modelo de terceirização que os problemas da saúde não se resolvem, e explica que são muitas as razões. A primeira se trata do custo, onde as unidades terceirizadas que “alegadamente apresentam resultados melhores” recebem em média três vezes mais recursos do que recebiam antes da terceirização. E assim, afirma que é evidente que ao se ter mais recursos disponíveis a gestão fica mais fácil, e também que a melhoria da performance se deve muito mais a elevação dos recursos que à mudança do modelo de gestão. Desta maneira, o modelo acaba por não ser replicável por falta de recursos, sendo que seria necessário triplicar os orçamentos em saúde para que o sistema funcionasse (OLIVEIRA, 2018, não p.).

Outra discussão comum aos gestores locais de saúde, para justificar a complementariedade, diz respeito à Lei Complementar nº 101, de 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000). A alegação é que a lei tem trazido problemas na implementação do SUS no tocante aos limites de contratação de pessoal. Na área da saúde, estima-se que se gaste por volta de 80% dos recursos com pessoal, e assim, o limite imposto aos entes federativos, em especial o Município, responsável pela execução dos serviços de saúde à população, acaba sendo penalizado. A consequência, é que ao considerar o percentual limite para a contratação de pessoal, este não é suficiente “para conter um quadro de pessoal compatível com os serviços que devem ser prestados, muitos serviços passam a ser transferidos para terceiros” (terceirização e complementariedade), na tentativa de evitar que se descumpra a lei, que pune o chefe do Poder Executivo (SANTOS, 2010, p.80).

Para Santos (2010, p.80) a intenção era que com a melhoria do financiamento da saúde, o público pudesse ir “superando” a complementaridade e inverter o percentual de oferta privada, que como já mencionado, era alto com o Inamps. Contudo, de crise em crise, e com os problemas de financiamento e demais dificuldades da administração pública, novas formas de terceirização surgiram, como as organizações sociais, as organizações da sociedade civil de interesse público e outras modalidades, como cooperativas de serviços, fundações de apoio, parcerias público-privadas (PPPs), entre outras. Aqui caberia incluir os Consórcios Intermunicipais de Saúde, que em alguns casos contratam serviços privados coletivamente afim de oferecer exames, atendimentos e consultas especializadas, e é uma forma de complementar a oferta.

Com base nessas informações, é importante compreender de que maneira o financiamento do sistema de saúde se dá no Brasil. O mesmo acontece por meio de arrecadação de impostos gerais nos níveis municipal, estadual e nacional, por contribuições sociais, pelo desembolso direto e por gastos dos empregadores com saúde. Mas quando se observa especificamente o financiamento do setor público, é possível afirmar que este não tem sido suficiente para garantir recursos financeiros adequados (PAIM et al.,2011). Esta situação tem sido denominada como subfinanciamento do SUS.

Muitos gestores referem como principal problema atual no SUS, o subfinanciamento da saúde, e para todos é consenso que na atenção especializada e hospitalar este é maior. Em contraposição, alguns estudiosos e pesquisadores asseguram que o déficit de recursos nos últimos anos se deu principalmente na Atenção Básica (SANTOS, 2013; BAHIA, 2009). Ligia Bahia (2009) afirma que o volume de recursos federais para a saúde reduziu-se dramaticamente entre os anos de 1987-1997, e que se considerarmos valores corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor (IPC-A), em 1987, as despesas assistenciais do Inamps foram da ordem de 50 bilhões, quando comparado com 1997, os gastos efetuados pelo Ministério da Saúde corresponderiam a 13 bilhões, e em 2007 a cerca de 19 bilhões.

Mendes e Funcia (2016) ao analisar a execução de gasto do Ministério da Saúde por subfunções de governo, verificaram que a Assistência Hospitalar e Ambulatorial - na qual está classificada a despesa com a Média e Alta Complexidade, apresentou pequena queda na participação relativa do gasto, em termos aproximados, passou de 50,4% no período 2007-2010, para 48,6% no

período 2011-2015. A maior parte desse valor, no entanto, correspondeu às transferências para Estados e municípios, intituladas transferências “fundo a fundo”. O que nos sugere que o valor destinado a investimentos federais para oferta não se ampliou.

Quando comparado com a Atenção Básica, os autores verificaram aumento da participação das despesas, sendo que em termos aproximados, passou de 16,8% no período 2007-2010 para 18,7% no período 2011-2015. Estes dados podem ter relação direta com as políticas prioritárias de fortalecimento das ações ou programas como os incentivos para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (MENDES; FUNCIA, 2016). No entanto, são porcentagens dentro do valor total do gasto público do ano, e pode induzir a achar que houve ampliação do financiamento nas áreas, que não é a realidade.

É claro, que o conhecimento sobre a desproporção entre gastos públicos e suas consequências para o contingenciamento do acesso e utilização universal dos serviços de saúde é um fato (BAHIA, 2009). Para Paim (2011) o SUS dispõe de menor volume de recursos públicos para atender as necessidades de saúde do povo brasileiro, do que quando o sistema foi criado, que na época pretendia se tornar um sistema de saúde universal e equitativo, financiado com recursos públicos.

Entre as consequências do subfinanciamento do SUS está o desinvestimento em equipamentos diagnósticos e terapêuticos e em tecnologia nos serviços públicos. Para Santos (2013, p. 275), disso resulta uma oferta de serviços para a população 4 a 7 vezes menor do que a oferta desses equipamentos e tecnologias para os consumidores de planos privados. O autor afirma também que o desinvestimento acarretou no sistema um crescimento desproporcional e anômalo dos serviços privados complementares ao SUS (contratados e conveniados). E cita que atualmente cerca de 65% das internações e 92% dos serviços de diagnóstico e terapia são remunerados por produção mediante complexa e perversa tabela de procedimentos e valores.

Essa situação importante, também citada por Paim et al. (2011, p. 20), da dependência do SUS com os contratos com o setor privado, se dá principalmente em serviços de apoio ao diagnóstico e terapia (SADT) que são em sua maioria do sistema privado (em 2010 apenas 6,4% era público e em 2017 6,3%), e diz que apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos. Dados como estes para Santos (2013, p. 26) evidenciam o

subfinanciamento da saúde e salienta também que o Brasil está entre os países que menos injeta recursos públicos por habitante a cada ano, além de ser um país que dedica o menor percentual de recursos públicos para saúde, em relação ao PIB.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2014 o Brasil destinou para a saúde um valor em torno de 8,3% do produto interno bruto (PIB) sendo que a média mundial é de 10%. Contudo, destes gastos em saúde, 54% são privados enquanto apenas 46% são públicos, o que representa como parcela estatal 3,7% do PIB. Em valores absolutos o total da despesa per capita (por habitante/ano) em 2014 mostram que no Brasil gastou-se o equivalente a US\$ 947 dólares por habitante/ano. Porém, é necessário lembrar que deste valor apenas 46% foi gasto público, o que aproximadamente daria um valor de US\$ 435 dólares/ano (OMS, 2015).

Quando comparado com países com sistemas de saúde com semelhanças ao do Brasil, com modelos de proteção social de seguridade social, como Reino Unido, Suécia e Canadá algumas diferenças importantes se evidenciam. No Reino Unido, onde o montante do PIB destinado à saúde é de 9,1%, a parcela estatal de gastos com a saúde corresponde a 83,1%, sendo que o valor per capita é de US\$ 3.935 dólares/ano e destes US\$ 3.269 correspondem aos gastos públicos (OMS, 2015).

Na Suécia, o valor do PIB destinado à saúde é de 11,9%, sendo que destes 84% são gastos públicos, e o valor per capita total é de US\$ 6.808, sendo US\$ 5.718 gastos públicos. No Canadá o total do PIB para a saúde é de 10,4% e destes 70,9% são gastos públicos, o que corresponde, em valores absolutos a um total de US\$5.292, sendo US\$3.752 o valor aplicado pelo Estado (OMS, 2015).

Contudo, mesmo em países que não adotam o sistema universal de saúde, como na Alemanha (seguro social), Estados Unidos (modelo residual) e no Uruguai (seguro social), a parcela pública investida é maior que no Brasil. Na Alemanha o valor do PIB destinado à saúde é de 11,3% sendo que destes 77% são gastos estatais o que corresponde a um valor de US\$ 4.166 por habitante (OMS, 2015).

Nos Estados Unidos o valor total do PIB para a saúde é de 17,1% sendo 48,3% deste valor gasto estatal, e mesmo com um modelo de proteção social residual que abrange parcela reduzida da população, o gasto público de saúde fica em torno de US\$ 4.541 dólares/habitante ano. No Uruguai o valor do PIB é de 8,6%

para a saúde e destes 71,2% são gastos públicos correspondendo ao valor de US\$ 1.026 dólares por habitante/ano (OMS, 2015).

O estudo de Soares e Santos (2014, p.22), ao analisar o gasto público com saúde dos entes federados (municípios, estados e União), no período de 1990 a 2012, e comparando aos gastos internacionais, ao PIB e a Receita Corrente Bruta, verificou que a participação relativa da União nas despesas com saúde apresentou acentuada queda de 38,4% no total dos anos. De 1990 para 2000 houve queda de 74,38% para 58,60%, e na década seguinte, de 2000 a 2010, a participação cai 23,3%, representando 44,97% do total gasto em saúde no Brasil.

No mesmo período, os estados tiveram um aumento de 87,2%, saindo de 13,52%, em 1990, para 25,31%, em 2012, e os municípios mais que dobraram a sua participação percentual no financiamento público de saúde, saindo de 12,10%, em 1990, para 28,89%, em 2012 – um aumento de 138,8% (SOARES; SANTOS, 2014, p.22).

Os dados revelam a transição no gasto público do setor saúde no Brasil, ocorrida após a promulgação da Constituição Federal de 1988, em que estados e municípios assumem juntos o financiamento majoritário do setor, 54,2% do gasto público total, no período de 1990 a 2012, o que representou um aumento de 111,5%. A maior carga na recomposição dos percentuais para financiamento da saúde foi para os municípios (SOARES; SANTOS, 2014).

No Sistema Único de Saúde o financiamento deveria ser suficiente para atender as necessidades de uma rede de serviços, que inclui as ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, à vigilância em saúde (ambiental, sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador), os serviços de assistência como os de atenção básica, clínicas especializadas, ambulatorios, serviços de apoio ao diagnóstico e terapia, hospitais, serviços de atendimento de urgência, além da assistência farmacêutica.

Lobato e Giovanella (2012) descrevem que é a gestão que tem o papel de conduzir e dirigir os sistemas de saúde, e que isto inclui formular políticas, planejar, financiar e contratar serviços, organizar e estruturar a rede de serviços em seus distintos níveis, dimensionar a oferta, controlar e avaliar as ações. E que além de um papel administrativo possui também uma função política de relacionamento com prestadores, instituições públicas e privadas e profissionais.

As mesmas autoras afirmam ainda que no Brasil se apresentam hoje problemas complexos na regulação dos serviços de saúde e nos mercados de saúde, e que é possível verificar esta dificuldade porque temos um sistema público universal, mas que depende largamente dos serviços privados lucrativos e filantrópicos para prestação, especialmente nos setores hospitalares e de apoio ao diagnóstico. Assim há uma grande complexidade em incluir na regulação dos contratos a qualidade e a efetividade dos serviços contratados, o quantitativo de serviços, os critérios de acompanhamento e avaliação de resultados, o que acaba comprometendo a atenção à saúde prestada e que gera também conflitos com o setor público na prestação de serviços e no financiamento (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

O SUS é um sistema de saúde que está em desenvolvimento e que para Paim et al. (2011) continua a lutar para garantir cobertura universal e equitativa. Contudo, à medida em que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam condições e de injusta competição, que geram resultados negativos no acesso aos serviços de saúde, na equidade e nas condições de saúde.

Outro aspecto que deve ser considerado na discussão acerca da oferta de serviços diz respeito ao modelo de atenção à saúde vigente, que ainda é centrado no atendimento às condições agudas, que favorece e fortalece a demanda por serviços especializados e de apoio ao diagnóstico e terapia, mas que deveria ser baseado na promoção à saúde e na integração dos serviços de saúde.

Stenzel (1996, p. 16), ao abordar as necessidades de saúde da população diz que ao tratar dos sujeitos da avaliação, entramos em uma polêmica de longa data no campo da Saúde Coletiva: a questão das reais necessidades de saúde versus demandas por serviços de saúde. Boa parte dos planejadores e epidemiologistas entende que as crescentes demandas da população por serviços de saúde seriam determinadas principalmente pela propaganda que induz o consumo de serviços, dentro de um processo de medicalização da sociedade. E que as reais necessidades de saúde da população, por sua vez, somente poderiam ser identificadas através de diagnósticos epidemiológicos, que, como se viu, nada mais são do que avaliações.

Outras abordagens, por sua vez, vão mais longe e problematizam inclusive que a redução da compreensão de necessidades como algo expresso individual e

biologicamente tem sido a prática do sistema institucionalizado de saúde. Esse é um processo que impede a reflexão sobre a determinação do processo saúde-doença e que autoriza ao Estado normatizar para intervir em saúde, definindo as demandas a serem atendidas nos serviços do setor, assim como, as necessidades em saúde a serem satisfeitas (CHAVES; EGRY, 2013, p. 730).

Assim, os recursos escassos para necessidades ilimitadas de uma sociedade sufocada pela medicalização da vida se explicitam. O princípio da Integralidade, que na Constituição Federal de 1988 está posto como atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, garante que o cidadão terá acesso a todos os níveis de complexidade, sem nenhum impedimento.

Isto gera uma discussão importante sobre correspondência entre as reais necessidades de saúde que a população possui e as demandas por ações e serviços de saúde, que seriam, por sua vez, muito determinadas por questões subjetivas da lógica de mercado, que vê na saúde uma mercadoria e tem no subfinanciamento do SUS a legitimação desse processo.

1.5 PROBLEMÁTICA, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA

Levando em consideração esta contextualização, elencamos a hipótese, a partir da literatura consultada, de que no Paraná, seguindo a dinâmica nacional, predomina a complementariedade com a oferta de serviços pelo setor privado na atenção especializada e hospitalar.

Desta maneira, temos como objeto de investigação desta pesquisa a relação público-privada na oferta de serviços de saúde de atenção especializada e hospitalar pelo SUS no estado do Paraná. Buscaremos compreender em que medida se dá a compra de serviços no estado e como isso pode demonstrar a tendência de privatização do SUS.

Partindo do pressuposto que em nossa sociedade saúde é um bem coletivo e um direito constitucional, mas também uma mercadoria, e se a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, as perguntas que pretendemos responder são: qual a real participação do setor privado na oferta de serviços de saúde pelo setor público? E qual a tendência de participação deste setor ao longo dos anos de 1995 a 2015 no Paraná?

Compreender estes aspectos e responder a estas perguntas é de grande relevância, pois se há um crescente montante de recursos públicos sendo investidos no setor privado, pode ter implicações importantes sobre a qualidade do SUS. Isso porque, como já citado, os serviços privados, segundo vários autores, não seguem a mesma lógica de organização do SUS, privilegiando procedimentos de alto custo, não se sujeitando aos mecanismos de regulação e controle do SUS. Desse modo, o tema é de importante estudo e compreensão para a sociedade que busca garantir o acesso universal à saúde, de forma integral e com qualidade.

Posto isso, elencamos como objetivos específicos deste trabalho:

1. Levantar o perfil de oferta de serviços por tipo de prestador na atenção especializada do SUS no estado do Paraná com a identificação de tendências nos anos selecionados;
2. Levantar o perfil de oferta de serviços por tipo de prestador na atenção hospitalar do SUS no estado do Paraná com a identificação de tendências nos anos elencados;
3. Analisar a variação da relação de oferta de serviços públicos e privados no estado do ano de 1995 até o ano de 2015 comparando com o âmbito nacional, e discutir a suas implicações para a sustentabilidade do SUS e o direito universal a saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa que expressa, em perspectiva histórica, a relação público-privada na oferta de serviços de média e alta complexidade pelo SUS no estado do Paraná. Para tanto, partimos do pressuposto de que, em sociedades capitalistas como a nossa, há um conflito em torno do acesso à saúde – como direito social ou como mercadoria – e de que essa contradição, no caso brasileiro, também se desenvolve no interior do SUS.

Quanto aos procedimentos metodológicos, este trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo. Para Gil (2008), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência.

A técnica de produção de informações escolhida recaiu sobre a coleta de dados secundários e na análise documental. Em sua primeira etapa, os procedimentos metodológicos foram a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental em livros, artigos, leis, decretos, portarias e protocolos a respeito do objeto de investigação.

Em seguida, foi realizada a busca de dados em fontes secundárias: no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e a sistematização dos mesmos. A coleta de todos os dados foi realizada nestes Sistemas de Informações em Saúde do Datasus (Departamento de Informática do SUS), pelo Tabnet Online¹. A página de acesso para o Sistema utilizada foi: <http://www2.datasus.gov.br>.

O período pesquisado foi do ano de 1995 até o ano de 2015, com o intervalo temporal de 4 em 4 anos, sendo então os anos de 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 para ambos sistemas. O último ano difere nos sistemas sendo que no SIH é o ano de 2014 e no SIA o ano de 2015.

¹ O TABNET é uma derivação do TABWIN (programa desenvolvido pelo Datasus) para que se permitisse a tabulação de dados diretamente na Internet, com arquivos disponibilizados nas próprias intranets do Datasus ou através de rede, possibilitando assim tabulações mais rápidas. Os dados disponíveis são oriundos dos Sistemas de Informações, geridos pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo Datasus.

A escolha destes anos se deu em razão de, nos Sistemas de Informações pesquisados, os dados de um ano completo estarem disponíveis apenas a partir do ano de 1995. Desta maneira, para normatizar optamos por este corte temporal. No SIH a escolha pelo ano de 2014, ao invés do ano de 2015, se deu pela enorme quantidade de informações dadas como regime de prestador “ignorado”, que comprometia a análise. Além disso, o intervalo a cada quatro anos também teve a função de possibilitar a apreensão e possíveis repercussões, na relação público-privado na atenção especializada, de alterações das políticas de saúde, advindas das mudanças de governos federal e estadual.

A fim de evidenciar a tendência do desenvolvimento da relação público-privado no SUS, analisou-se a prestação dos serviços pela natureza do prestador (público ou privado) e pelo regime de contratação: federal, estadual ou municipal; além dos vários regimes existentes no setor privado (com ou sem fins lucrativos; filantrópicos, entre outros). Além disso, procedemos à comparação com a tendência desses serviços em âmbito nacional. Para tanto, foram selecionados alguns grupos de procedimentos que recobrem a maior parte dos serviços realizados pelo SUS na média e alta complexidade.

Os grupos de procedimentos selecionados e o roteiro construído para a coleta de cada uma das categorias está disponível nos Apêndices 1 e 2 deste trabalho.

Esta pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR, pois os dados coletados e utilizados não continham informações pessoais ou particulares, e, portanto, não feriam os interesses de sujeitos, ou sua integridade e dignidade. Os mesmos foram coletados em fontes de dados secundários, e tratavam-se de informações sobre o funcionamento de serviços de saúde no Paraná e Brasil.

2.1 A COLETA DE DADOS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO – SIA E SIH

2.1.1 Sistema de Informações Ambulatoriais

No SIA optamos por selecionar para a coleta, a produção ambulatorial “por tipo de atendimento”, pois os dados disponíveis nesta categoria estavam disponíveis a partir do ano de 1994, e contemplariam todos os anos da pesquisa. Após, foi feita

a seleção do “Estado do Paraná” para as coletas do Estado, e para a coleta do Brasil, a seleção de “Brasil por região e Unidade da Federação”. Dentro dele, optamos pela coleta de dados por tipo de Prestador conforme Regime. As outras opções de natureza jurídica e natureza possuíam inconsistências que impossibilitavam a análise. Para cada ano era gerada uma tabela.

Todas as coletas, de cada uma das variáveis, foram descritas e estão disponíveis no Apêndice 1 deste trabalho. Para a compreensão de cada uma das categorias a ser selecionada, buscou-se informações em Manuais, Notas Técnicas e Portarias do Ministério da Saúde a respeito do Sistema. Para conhecimento do leitor estão relacionados abaixo a descrição de cada categoria escolhida na seleção conforme Datasus.

Para os descritores das variáveis do **SIA**, de **1994 a 2007**:

- **Local de Atendimento** - Local (região, unidade da federação, município, capital, região de saúde, macrorregião de saúde, divisão administrativa estadual, microrregião IBGE, região metropolitana – RIDE, território da cidadania, mesorregião PNDR, Amazônia Legal, semiárido, faixa de fronteira, zona de fronteira, município de extrema pobreza) onde a unidade está estabelecida.
- **Item de Programação²**- grupo de procedimentos para programação físico-orçamentária, segundo a tabela em vigor até outubro/1999.
- **Procedimento até 10/1999** - Procedimento ambulatorial, segundo a tabela em vigor até outubro/1999. Estão incluídos todos os procedimentos que já fizeram parte do sistema, inclusive os que deixaram de ser válidos a partir de janeiro/1998, quando da implantação do Piso da Atenção Básica (PAB).
- **Procedimento após 10/1999** - Procedimento Ambulatorial, segundo a tabela em vigor a partir de novembro/1999.
- **Categoria de procedimentos** - Discrimina entre os procedimentos que fazem parte ou não do PAB - Piso de Assistência Básica,

² Atenção: não existe uma tabela de conversão direta e exaustiva de todos procedimentos desta tabela de procedimentos para a tabela sucessora. Assim, os dados até outubro/1999 não podem ser visualizados com outra lista de procedimentos. Esta orientação repete-se para as demais categorias até outubro de 1999.

implantado a partir de janeiro/98. Observe-se que nem todos os procedimentos dos períodos anteriores a esse podem ser discriminados como pertencentes ou não ao PAB.

- **Grupo após 10/1999** - Grupo de procedimentos para programação físico-orçamentária, segundo a tabela em vigor a partir de novembro/1999.
- **Tipo de Prestador** - Tipo de Prestador de Serviço (caracterização quanto à natureza: público, municipal, estadual, filantrópica etc). Observe-se que, a partir do processamento de julho/2003, houve reclassificação dos estabelecimentos, com novos critérios.
- **Quantidade aprovada** - Quantidade de procedimentos aprovados para pagamento pelas Secretarias de Saúde.

Após **2008**, as mudanças nas descrições foram:

- **Procedimento, Grupo procedimento, Subgrupo procedimento e forma organização** - Procedimento realizado e seu grupo, subgrupo e forma de organização, de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS.
- **Tipo de prestador** - Detalhamento da esfera administrativa do prestador, discriminando, para unidades privadas, se é com fins lucrativos, com fins lucrativos optante do SIMPLES, sem fins lucrativos, filantrópico com CNAS válido ou sindical.

2.1.2 Sistema de Informações Hospitalares

No SIH a coleta de dados da produção hospitalar se deu “por local de residência”, por ser a única categoria que contemplava todos os anos, e posteriormente a seleção do “Estado do Paraná” para as coletas do Estado, e para a coleta do Brasil, a seleção de “Brasil por região e Unidade da Federação”. Além disso, a seleção das variáveis sempre foi cruzada com o “Tipo de Regime” que respondia à busca de dados desta pesquisa. Para cada ano foi gerada uma tabela.

Todas as coletas, de cada uma das variáveis, foram descritas e estão disponíveis no Apêndice 2 deste trabalho. Para a compreensão de cada uma das categorias a ser selecionada, a pesquisadora buscou informações em Manuais, Notas Técnicas e Portarias do Ministério da Saúde a respeito do Sistema. Para conhecimento do leitor estão relacionados abaixo a descrição de cada categoria escolhida na seleção conforme DATASUS para as variáveis do SIH:

- **Ano e mês de processamento** - Período do processamento da informação, sendo igual ao mês anterior ao da apresentação da AIH para faturamento. Corresponde, geralmente, ao mês da alta. Nas seguintes situações não é o mês da alta: AIH reapresentada por ter sido rejeitada em algum processamento anterior; AIH apresentada com atraso; AIH referentes a internações de longa permanência; são apresentadas, neste caso, várias AIH para uma mesma internação em meses consecutivos.
- **Local de Residência** - Local (região, unidade da federação, município, capital, região de saúde, macrorregião de saúde, divisão administrativa estadual, microrregião IBGE, região metropolitana – RIDE, território da cidadania, mesorregião PNDR, Amazônia Legal, semiárido, faixa de fronteira, zona de fronteira, município de extrema pobreza) de residência do paciente, conforme informado pela unidade hospitalar.
- **Procedimento** - Procedimento realizado, de acordo com a tabela de procedimentos hospitalares do SIH/SUS. Nota: só constam desta lista os procedimentos apresentados como realizados, não constando os atos profissionais.
- **Grupo procedimento** - Agrupamento dos procedimentos, de acordo com a tabela de procedimentos hospitalares do SIH/SUS.
- **Procedimentos de obstetrícia** - Agrupamento dos procedimentos obstétricos em partos normais (vaginais), cesáreos, curetagens pós-aborto e outras intervenções obstétricas.
- **Regime e Natureza** - Corresponde ao tipo de vínculo que a Unidade Hospitalar tem com o SUS.

- **Regime Público:** os Hospitais Próprios (pertencentes ao extinto INAMPS), os Hospitais Federais, os Hospitais Federais com verba própria, os Hospitais Estaduais, os Hospitais Estaduais com verba própria, os Hospitais Municipais. Notas: 1. Os hospitais com verba própria apresentam AIH mas não recebem por estas. 2. A partir da implantação do CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em agosto/2003, foram extintas as categorias Próprios, Federais com verba própria e Estaduais com verba própria.
- **Regime Privado:** os Hospitais Contratados (privados não filantrópicos e não universitários), os Hospitais Contratados, optante pelo SIMPLES, os Hospitais Filantrópicos (privados com esta característica), os Hospitais Filantrópicos isentos de tributos e contribuições federais, os Hospitais Filantrópicos isentos de Imposto de Renda e da Contribuição sobre o Lucro Líquido, os Hospitais de Sindicatos. Notas: 3. A partir da implantação do CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em agosto/2003, foi extinta a categoria Filantrópicos isentos de tributos e contribuições federais.
- **Regime Universitário:** os Hospitais Universitários de Ensino (privados ou públicos), os Hospitais Universitários de Pesquisa (privados ou públicos), os Hospitais Universitários de Pesquisa, isentos de tributos e contribuições federais, os Hospitais Universitários de Pesquisa, isentos de Imposto de Renda e da Contribuição sobre o Lucro Líquido, os Hospitais Universitários de Ensino e Pesquisa privado. Notas: 4. Até julho/2003, as unidades universitárias não estavam caracterizadas como públicas ou privadas. A partir da implantação do CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em agosto/2003, as unidades universitárias foram redistribuídas em públicas e privadas, ou seja, não existem mais unidades nestas categorias.

2.2 A SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, foram formuladas tabelas em planilhas eletrônicas, transcrevendo a quantidade encontrada em cada ano de ações e serviços de saúde

prestadas pelo SUS no Paraná e no Brasil, e compõem os Apêndices 3 e 4 deste trabalho.

Afim de analisar tais dados e buscando verificar a variação temporal utilizamos a medida estatística Número índice (NI) (CRESPO, 2002).

O número índice (NI) permite calcular a razão de variação (crescimento/redução) entre duas amostras temporais, conforme a equação:

$$NI = \frac{t_f}{t_i}$$

onde t_f representa a amostra no período final e t_i a quantidade no período inicial de avaliação. Para representar o NI em termos de porcentagem é necessário subtrair 100.

Os dados deste trabalho como já mencionado, foram amostrados no período de 1995 a 2015, com variação de 3 ou 4 anos entre eles. O ano referência para verificar o crescimento, é o primeiro período destes anos que contenham dados. Isso porque para alguns serviços, alguns anos estavam zerados ou indisponíveis.

3 O SUS E O DILEMA PÚBLICO – PRIVADO: A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PARANÁ

Para garantir as ações e serviços de saúde propostas e asseguradas na Constituição Federal, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe a instituição de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada. Quando a disponibilidade de oferta de serviços na rede pública de saúde é insuficiente, o gestor local, regional ou estadual pode complementar a oferta de serviços com a participação do setor privado, desde que comprovada a necessidade e a impossibilidade de ampliação dos serviços próprios (BRASIL, 1988).

No SUS, os serviços de atenção ambulatorial especializada ofertados em muitos municípios e regiões são, em sua maioria, do setor privado (filantrópicos ou os com ou sem fins lucrativos). Além de não apresentarem a mesma lógica organizacional, visam ao lucro e não se reconhecem como parte do SUS, embora dele sejam dependentes.

A oferta privada desses serviços acaba organizando sua demanda de acordo com o mercado e não conforme as necessidades em saúde da população, numa clara inversão do princípio fundamental do planejamento em saúde, que é ofertar serviços conforme as necessidades. Esta realidade tem implicações tanto no modelo assistencial, como nas dificuldades da constituição de Redes de Atenção, quanto nos custos da saúde. Ademais, o setor privado está submetido a uma regulação frágil e incipiente, além de entendimentos equivocados acerca da sua complementariedade ao SUS. Muitas vezes, os serviços privados contratados ou conveniados ao SUS são entendidos como permanentes, substituindo os serviços públicos ao invés de complementá-los (SANTOS, 2013).

Ao longo dos anos, a prioridade na atenção básica se configurou como um dos principais eixos da implementação do SUS, no intuito de consolidá-la como principal porta de entrada no sistema e ordenadora dos demais níveis de atenção à saúde. Para Spedo et al. (2010) este movimento de priorização não foi acompanhado nem de organização dos demais níveis de atenção do sistema e nem de articulação dos mesmos, o que limitaria a integralidade da atenção.

A área da Atenção Especializada pode, segundo Solla e Chioro (2012), ser conceituada e ao mesmo tempo delimitada como o conjunto de ações, práticas,

conhecimentos e técnicas assistenciais que tem como característica a incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica.

No SUS, a atenção especializada é diferenciada em média e alta complexidade. No que diz respeito à atenção à saúde de média complexidade Solla e Chioro (2012) afirmam que ela é conhecida como o nível de atenção de produção dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico com menor complexidade tecnológica, ou ainda, como aqueles procedimentos especializados de menor valor financeiro. Já a atenção à saúde de alta complexidade compreende ações e serviços de saúde de mais alta incorporação tecnológica e de mais alto custo.

A fim de evidenciar a tendência do desenvolvimento da relação público-privada no SUS, analisou-se a prestação dos serviços pela natureza do prestador (público ou privado) e pelo regime de contratação: federal, estadual ou municipal, no caso dos públicos; além dos vários regimes existentes no setor privado (com ou sem fins lucrativos; filantrópicos, entre outros). Além disso, realizou-se a comparação com a tendência desses serviços em âmbito nacional. Para tanto, foram selecionados alguns grupos de procedimentos que recobrem a maior parte dos serviços realizados pelo SUS na média e alta complexidade.

É importante explicar que os Sistemas de Informação passaram por inúmeras mudanças, o que dificultou a coleta sistemática dos dados. O SIA, desde sua primeira versão e sua implantação foi sendo reformulado e aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS.

Em 1998, a tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde, passou por uma revisão completa e sua implantação foi oficializada por meio das Portarias: GM/MS nº 18/1999 e SAS/MS nº 35/1999. Nessa revisão, os procedimentos que anteriormente eram agregados em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento (BRASIL, 2010).

Entre 2003 a 2007, o Ministério da Saúde desenvolveu estudos visando à revisão das tabelas de procedimentos dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH). E a estrutura de codificação dessas tabelas mudou novamente e os procedimentos foram unificados em uma única tabela, conforme as Portarias: GM/MS nº 321 de 08 de fevereiro de 2007, GM/MS Nº 1.541 de 27 de junho de 2007 e GM/MS nº 2.848 de 06 de novembro de 2007. Assim, em janeiro

FONTE: Os autores (2018).

3.1.1 Patologia clínica

Os dados apresentados na TABELA 1 apresentam o desenvolvimento da prestação de serviços de Patologia Clínica ofertadas pelo SUS entre os anos de 1995 e 2015 no Paraná e no Brasil.

TABELA 1 - EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA POR TIPO DE PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ E NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 A 2015.

(continua)

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público no Paraná	Federal	0	1.700	395.950	900.107	1.008.548	876.006
	Estadual	177.844	151.709	542.260	824.639	1.119.697	1.356.101
	Municipal	2.941.648	3.179.935	5.555.772	7.137.293	10.268.560	12.965.349
	Universitários	992.381	138.466	595.234	NA ³	NA	NA
	Total	4.111.873 (70%)	3.471.810 (65%)	7.089.216 (64%)	8.862.039 (60%)	12.396.805 (60%)	15.197.456 (62%)
Privado no Paraná	Com fins lucrativos	1.285.384	1.477.457	2.824.229	3.871.548	5.097.396	5.534.572
	Sem fins lucrativos	471.210	370.391	399.804	147.515	346.921	300.107
	Optante SIMPLES ⁴	NA	NA	103.420	424.095	678.288	1.010.836
	Filantropico c/ CNAS ⁵	NA	NA	499.354	1.374.845	2.199.891	2.309.166
	Universitários	0	0	86.494	NA	NA	NA
	Sindicatos	17.418	8.070	5.196	6.034	6.162	4.233

³ Não se Aplica (NA) - A partir da implantação do CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em agosto de 2003, as unidades universitárias foram redistribuídas em públicas e privadas, ou seja, deixaram de existir unidades nestas categorias, através da Portaria nº 176 de 02 de julho de 2003.

⁴ Categoria passou a fazer parte dos Sistemas em 2007, após a Lei complementar 123 de 14/12/2006, que instituiu o Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas Microempresas e Empresas de Pequeno Porte - Simples Nacional.

⁵ Categoria Filantropicos com Certificado Nacional de Assistência Social (CNAS) válido entrou nos Sistemas após 2003 através da Portaria nº 176 de 02 de julho de 2003.

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público no Brasil	Total Público no Brasil	96.421.505 (61%)	102.481.788 (64%)	171.418.174 (63%)	233.091.433 (62%)	312.658.058 (62%)	312.528.013 (60%)
Privado no Brasil	Total Privado no Brasil	61.771.736 (39%)	58.407.496 (36%)	102.209.921 (37%)	140.431.148 (38%)	193.363.609 (38%)	207.533.633 (40%)
	Total	1.774.012 (30%)	1.855.918 (35%)	3.918.497 (36%)	5.824.037 (40%)	8.328.658 (40%)	9.158.914 (38%)
	Total Geral PR	5.885.885	5.327.728	11.007.713	14.686.076	20.725.463	24.356.370

(conclusão)

FONTE: Os autores (2018)

No período estudado, os dados apontam um aumento da realização de exames de patologia clínica da ordem de 314% no Paraná, e de 229% no Brasil. Pode-se verificar que nestes procedimentos predominam os prestadores públicos durante todo o período, chegando a 62% no Paraná e a 60% dos exames realizados no país em 2015.

A ampliação da oferta pública foi de 270% no Paraná e de 224% no Brasil. Nos procedimentos dessa natureza, predominam os municípios que, no Paraná em 2015, responderam por 53% dos exames realizados. Em âmbito nacional, o percentual de participação municipal é de 39%, enquanto os estados responderam por 17% do total dos exames em 2015.

Os procedimentos privados também tiveram aumento no período, de 416% no Paraná, e 236% no Brasil. Nestes predominam os serviços com fins lucrativos, tanto no Paraná quanto no país, e observa-se que os prestadores filantrópicos aumentaram 362% vezes a oferta de exames no Paraná no período analisado, percentual semelhante com o crescimento na esfera nacional, que foi de 328%.

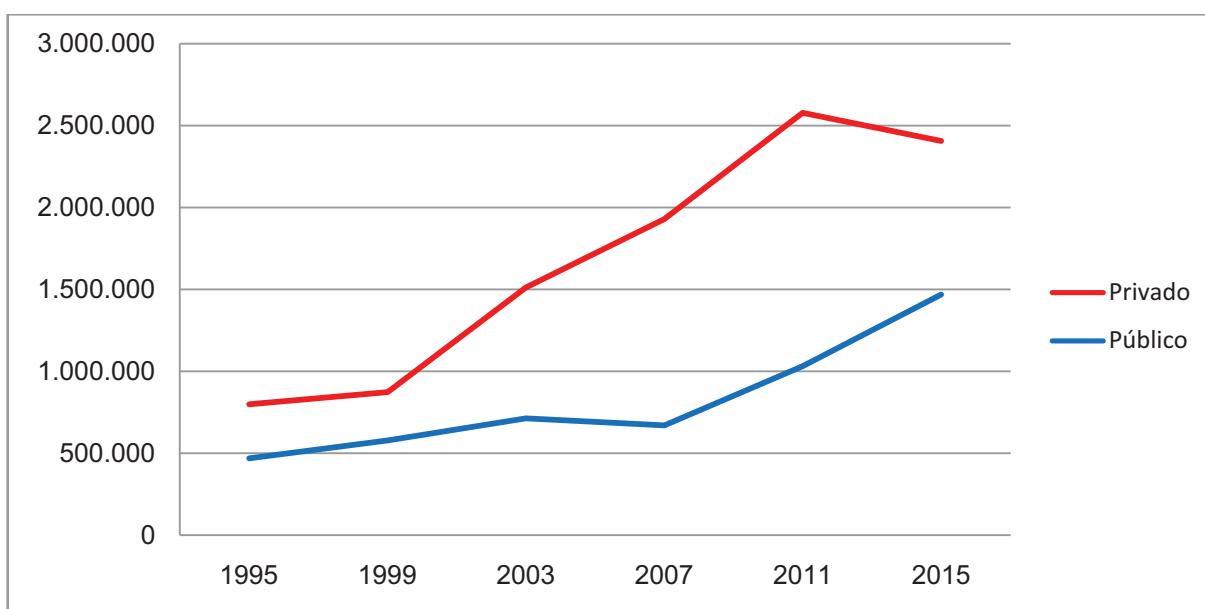
Percebe-se que, tanto no Paraná quanto no Brasil, predomina a prestação pública desse procedimento. Porém enquanto no país a prestação pública tem

mantido uma participação relativa estável, no Paraná ela tem decrescido, expressando a ampliação relativa da participação privada.

3.1.2 Radiodiagnóstico

Abaixo, na FIGURA 2, apresentamos o desenvolvimento da produção de procedimentos de radiodiagnóstico ofertada pelo SUS entre os anos de 1995 e 2015 no Paraná.

FIGURA 2 - PROCEDIMENTOS DE RADIODIAGNÓSTICO PELO SUS NO PARANÁ POR TIPO DE PRESTADOR ENTRE 1995 E 2015.



FONTE: Os autores (2018).

Os dados apontam um aumento do número total de exames de Radiodiagnóstico no período, da ordem de 200% no Paraná, e de 118% no Brasil. No Paraná, apesar de variações ao longo dos anos, o percentual de exames realizados por serviços públicos foi a 61% em 2015, praticamente o mesmo de vinte anos antes. Já no Brasil a tendência é de aumento constante, ainda que leve, da participação pública, que alcançou 68% em 2015.

No estado, a ampliação da oferta pública foi de 213%, enquanto no Brasil foi de 178%. No universo público predomina a prestação municipal, tanto no Paraná (47%), quanto no Brasil (48%).

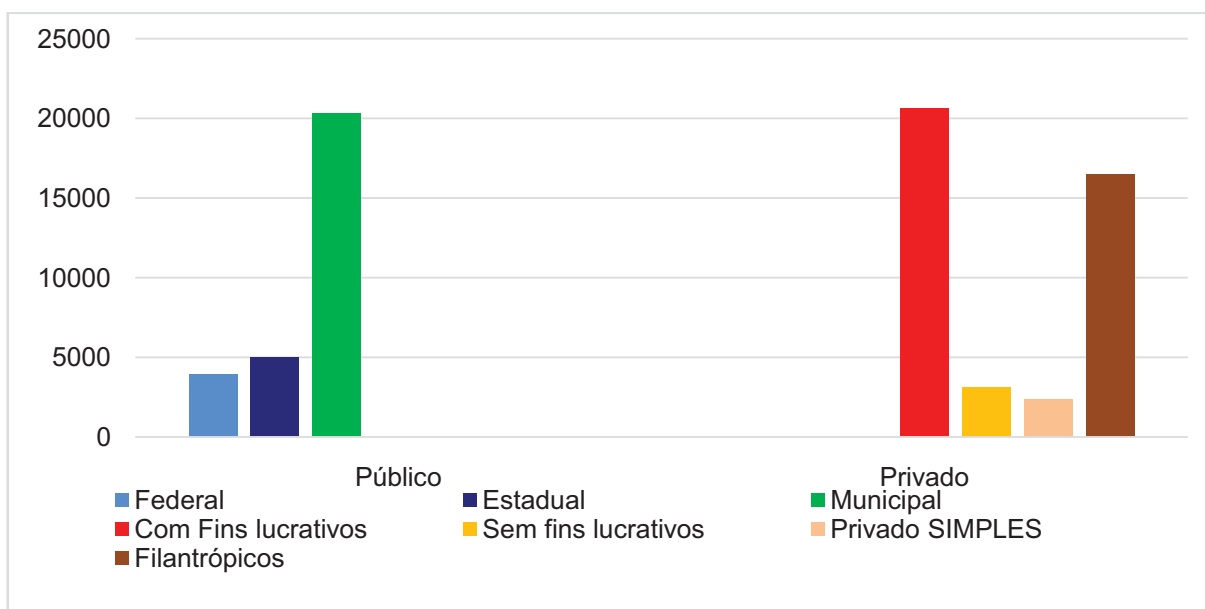
Os procedimentos privados também tiveram aumento no período, de 183% no Paraná, e de 50% no Brasil. Neste universo tem havido uma transição de dominância, outrora dos serviços com fins lucrativos, para os filantrópicos.

De forma geral, é possível afirmar que, tanto no Paraná quanto no Brasil, a realização de exames de radiodiagnóstico pelo SUS é majoritariamente pública. Esse predomínio público tem se aprofundado no Brasil. Diferentemente, no Paraná, a presença pública é menor que em âmbito nacional e tem se mantido relativamente estável.

3.1.3 Endoscopia digestiva

Outro importante grupo de procedimentos de apoio às ações de saúde é o das endoscopias digestivas. A FIGURA 3 expressa a participação de cada tipo de prestador no ano de 2015, no Estado do Paraná.

FIGURA 3 – ENDOSCOPIA DIGESTIVA POR TIPO DE PRESTADOR NO ANO DE 2015 NO PARANÁ.



FONTE: Os autores (2018).

Os dados apontam um aumento das endoscopias realizadas no período da ordem de 43% no Paraná, e de 83% no Brasil. Predominam, no Paraná, os prestadores privados durante todo o período analisado, chegando a 59% do

realizado em 2015. Diferentemente, no país, destacam-se os exames realizados por prestadores públicos, que totalizaram 57% dos exames em 2015.

Os procedimentos privados, predominantes no Paraná, tiveram aumento de 39% no estado, enquanto no Brasil o crescimento foi de 33%. Nos procedimentos dessa natureza, sobrepõem, no caso paranaense, os serviços com fins lucrativos, seguidos de perto pelos filantrópicos.

A ampliação da oferta pública foi de 50% no Paraná e de 83% no Brasil. No caso do primeiro, predominam os municípios com 29% dos exames realizados em 2015. Já em âmbito nacional, entre o setor público, destaca-se o ente estadual, com 53% dos exames realizados no mesmo ano.

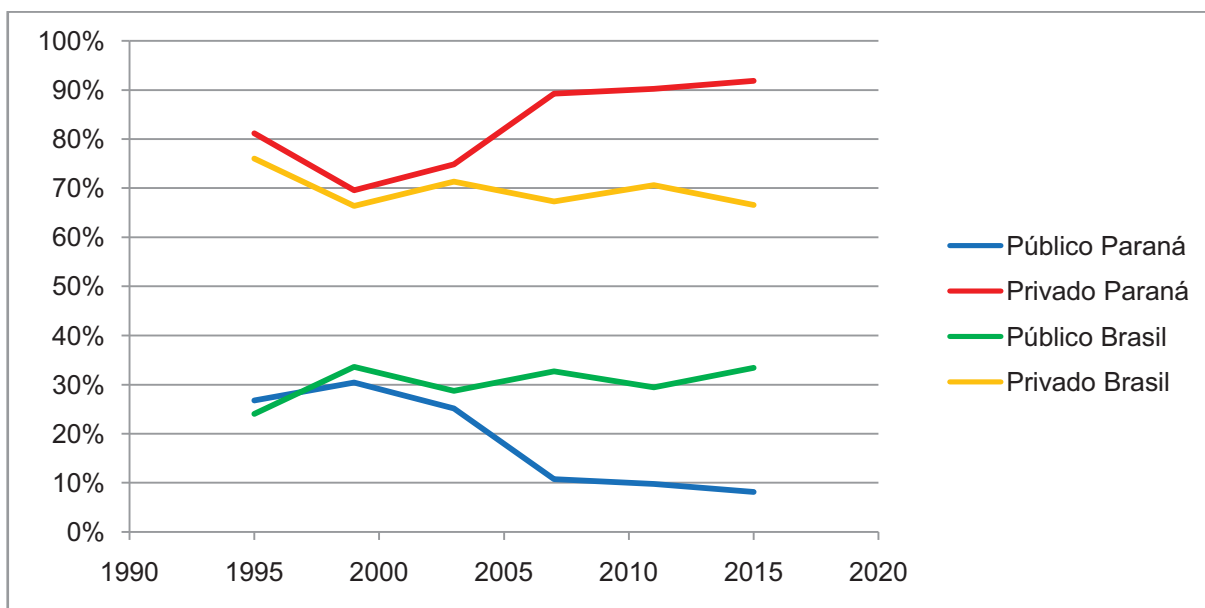
Percebe-se que, no caso do Paraná, ocorre certa estabilização relativa da participação minoritária do setor público na realização desse procedimento. Enquanto no Brasil, a esfera pública, além de majoritária, segue ampliando sua participação relativa.

3.1.4 Mamografias

O rastreamento precoce de algumas formas de câncer tem sido objeto de importantes ações pelo sistema público. Verifica-se que houve um aumento progressivo do número total de mamografias no Paraná no período, na ordem de 17 vezes (1.700%), sendo que no Brasil o aumento foi de 525%. No Paraná, o ano de 2015 interrompe a série de ampliação que vinha desde 1995, com uma redução de 22% em relação ao ano de 2011.

A FIGURA 4 refere-se à quantidade de procedimentos de mamografia realizados pelo SUS entre os anos de 1995 e 2015, no Paraná e no Brasil, por tipo de prestador.

FIGURA 4 – MAMOGRAFIAS POR TIPO DE PRESTADOR NO PARANÁ E NO BRASIL ENTRE 1995 E 2015.



FONTE: Os autores (2018).

Percebe-se que, no caso paranaense, predominam os prestadores privados durante todos os anos analisados, chegando a 92% das mamografias realizadas em 2015. No Brasil, este regime também predomina, chegando a 67% dos exames realizados em 2015.

No Paraná, o crescimento dos exames realizados por prestadores privados foi de 1900%, enquanto no Brasil foi de 447%. No estado, entre os privados, destacam-se os serviços com fins lucrativos, com 60% da realização em 2015.

Entre os exames realizados por prestadores públicos no Paraná, o aumento no período de 20 anos foi de 449%, enquanto no Brasil esse aumento foi de 779%. No Paraná, os prestadores que mais ampliaram a sua participação foram os municípios, porém estes respondiam por apenas 4% do total dos exames, mesmo percentual da esfera estadual, no ano de 2015. No Brasil, o público municipal ampliou-se de 2% dos exames em 1995 para 18% em 2015.

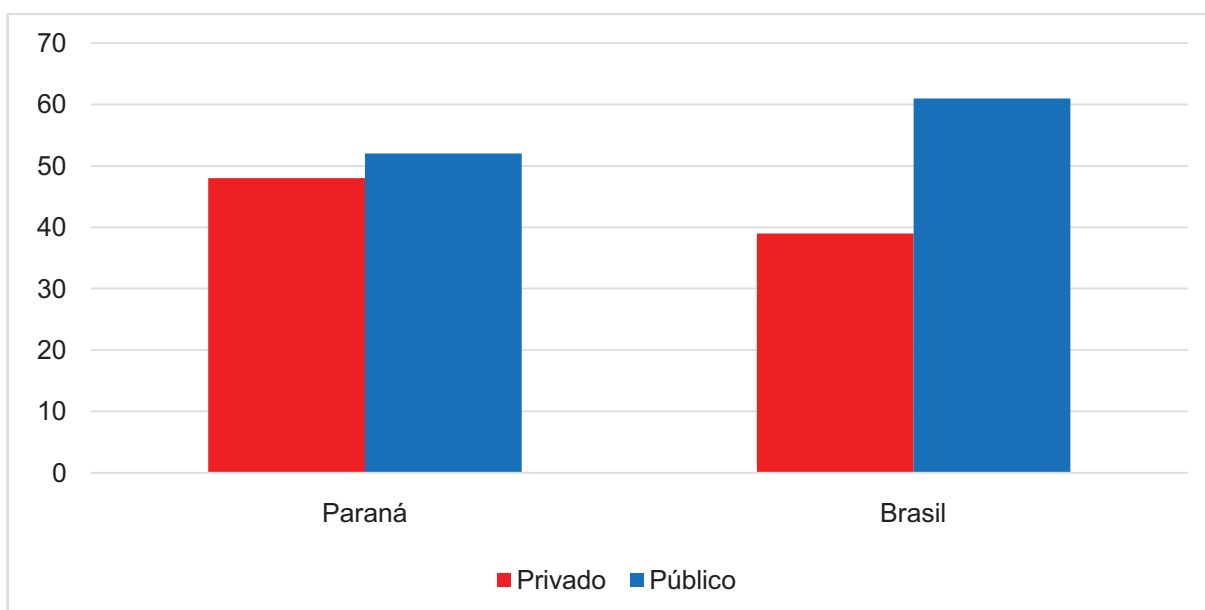
Percebe-se que, no caso do Paraná, a participação do setor público na realização deste procedimento, sempre amplamente minoritária, vem tendo uma redução progressiva, com tendência de se tornar irrisória. Enquanto no Brasil, ocorre certa estabilização da participação minoritária relativa do setor público com em torno de um terço dos exames realizados.

3.1.5 Ultrassonografias

A realização de exames de ultrassonografia também tem se ampliado de forma significativa como expressão do crescimento do acesso ao SUS. Os dados coletados evidenciam o aumento contínuo do número de exames no Paraná, no período, da ordem de 368%, enquanto no Brasil o aumento foi de 193%. Nestes procedimentos, os prestadores públicos ampliaram sua participação relativa tanto no Paraná quanto no Brasil, chegando a 52% do realizado no primeiro, e a 60% no país, em 2015.

A FIGURA 5 mostra a participação de prestadores públicos e privados na oferta deste procedimento no ano de 2015:

FIGURA 5 - ULTRASSONOGRAFIAS POR TIPO DE PRESTADOR NO PARANÁ E NO BRASIL NO ANO DE 2015.



FONTE: Os autores (2018).

A ampliação da oferta pública foi de 426% no Paraná e de 280% no Brasil. Nos procedimentos dessa natureza, predominam os de origem municipal, ampliando sua participação de 20% em 1995, para 39% dos exames realizados em 2015. Em âmbito nacional, o percentual de participação municipal é de 38%, enquanto os estados responderam por 20% do total dos exames em 2015.

Os procedimentos privados também tiveram aumento no período, de 319% no Paraná, e 117% no Brasil. Nestes, predominam os serviços com fins lucrativos, tanto no Paraná, quanto no Brasil, em todo período analisado.

De forma geral, é possível afirmar que no Brasil a realização de serviços de ultrassonografias pelo SUS é majoritariamente pública, enquanto no Paraná a prestação privada praticamente equivale à pública.

3.1.6 Consultas médicas especializadas

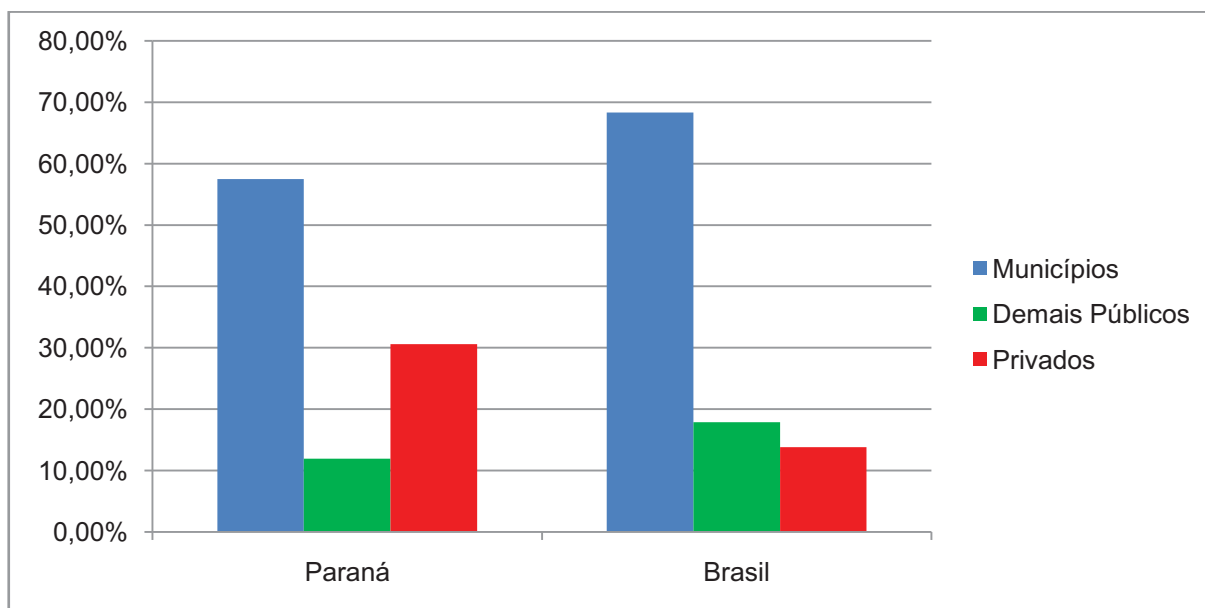
A realização dos procedimentos de apoio diagnóstico está diretamente relacionada não somente à ampliação da Atenção Básica, mas também à realização das consultas médicas especializadas. Com o levantamento dos dados pode-se verificar que estas cresceram 81% no Paraná e 27% no Brasil. Os dados mostram que, no Paraná predominam os prestadores públicos, com 70% das consultas realizadas. No Brasil também predomina o setor público com 86% das consultas realizadas.

As consultas realizadas pela fração pública tiveram aumento de 68% no Paraná e 48% no Brasil, no período estudado. No regime público, os municípios foram os maiores prestadores, realizando 58% das consultas médicas especializadas no Paraná e 68% no Brasil em 2015, conforme a FIGURA 6.

Entre os prestadores privados, tanto no Paraná, quanto no Brasil, prevalecem os filantrópicos, que passaram a prestar mais atendimento que os com e sem fins lucrativos, e representam a maior parcela dos atendimentos dos prestadores privados com 16% no Paraná, e 10% no Brasil.

É possível perceber, que tanto no Paraná quanto no Brasil, a oferta de consultas médicas especializadas está majoritariamente acontecendo em serviços públicos. Porém, a participação relativa do setor público é maior em âmbito nacional do que no estado. Além disso, o predomínio relativo dos serviços públicos está se ampliando em nível nacional, enquanto no Paraná encontra-se praticamente estacionado, com leve decréscimo.

FIGURA 6 - CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NO PARANÁ E NO BRASIL POR TIPO DE PRESTADOR NO ANO DE 2015.

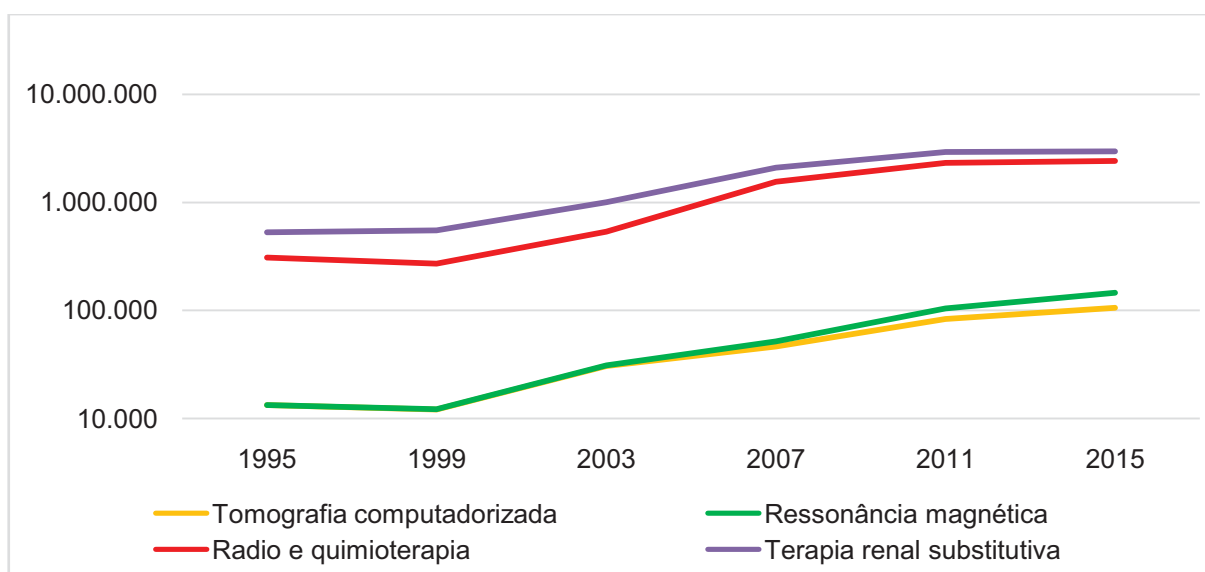


FONTE: Os autores (2018).

3.2 PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

De forma geral, os procedimentos de alta complexidade tiveram uma importante ampliação no período analisado, como parte da ampliação da assistência à saúde com o desenvolvimento do SUS. A FIGURA 7 demonstra essa tendência:

FIGURA 7 - PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE NO SUS DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 A 2015. O GRÁFICO EXPRESSA-SE EM ESCALA LOGARÍTMICA PELAS AMPLAS DIFERENÇAS DOS DADOS.

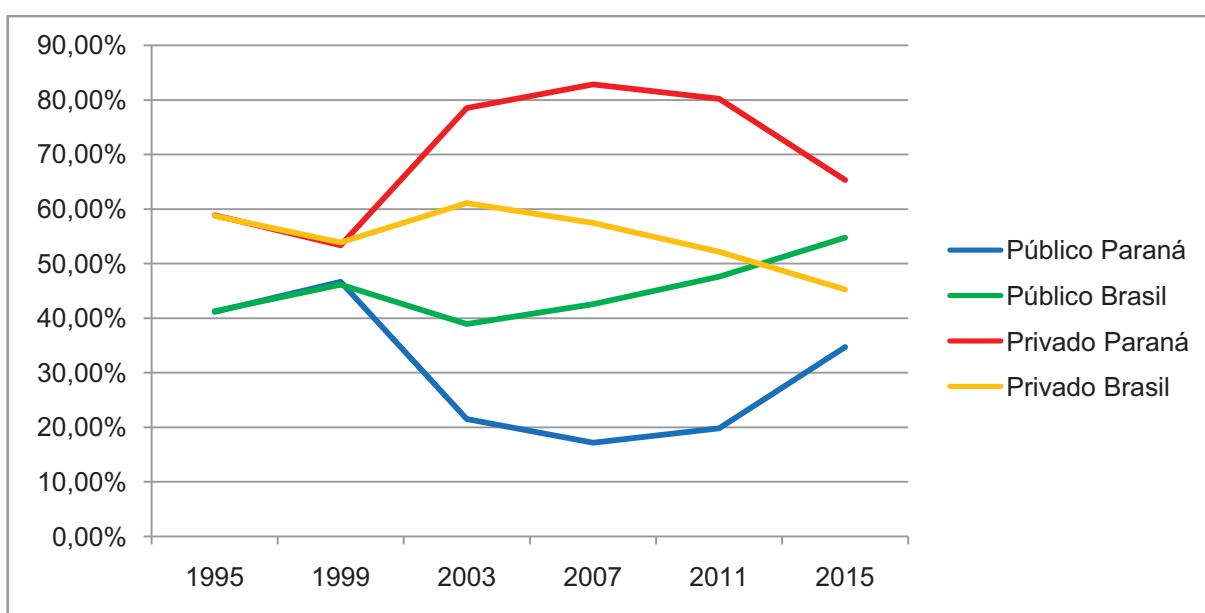


FONTE: Os autores (2018).

3.2.1 Tomografia computadorizada

Os exames de Tomografia Computadorizada apresentaram ampliação em quantidade, com a tecnologia sendo incorporada e ampliada em todo território nacional. Os dados do Paraná apontam um aumento do número de exames no período, na ordem de 616%, no Brasil a ampliação foi de 463%, conforme mostrado na FIGURA 8.

FIGURA 8 - EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR TIPO DE PRESTADOR NO PARANÁ E NO BRASIL ENTRE 1995 E 2015.



FONTE: Os autores (2018).

Pode-se verificar que, nestes procedimentos, historicamente predominam os prestadores privados. No Paraná, apesar de sofrer variações ao longo do período, esse setor conserva a posição majoritária com 65% dos exames realizados em 2015. Já em âmbito nacional o setor público tem ampliado seu peso relativo, levando-o, em 2015, a superar a prestação privada, com 55% dos exames.

Entre os prestadores privados destacam-se, tanto no Paraná, quanto no Brasil, os filantrópicos com CNAS válido, respondendo por 37% dos exames realizados no ano de 2015 no estado.

O setor público ampliou a sua oferta tanto no estado, quanto no Brasil. Neste segmento, houve uma transição do predomínio dos hospitais universitários públicos, em 1995, para a esfera municipal, em 2015. Diferentemente, no Brasil, entre os

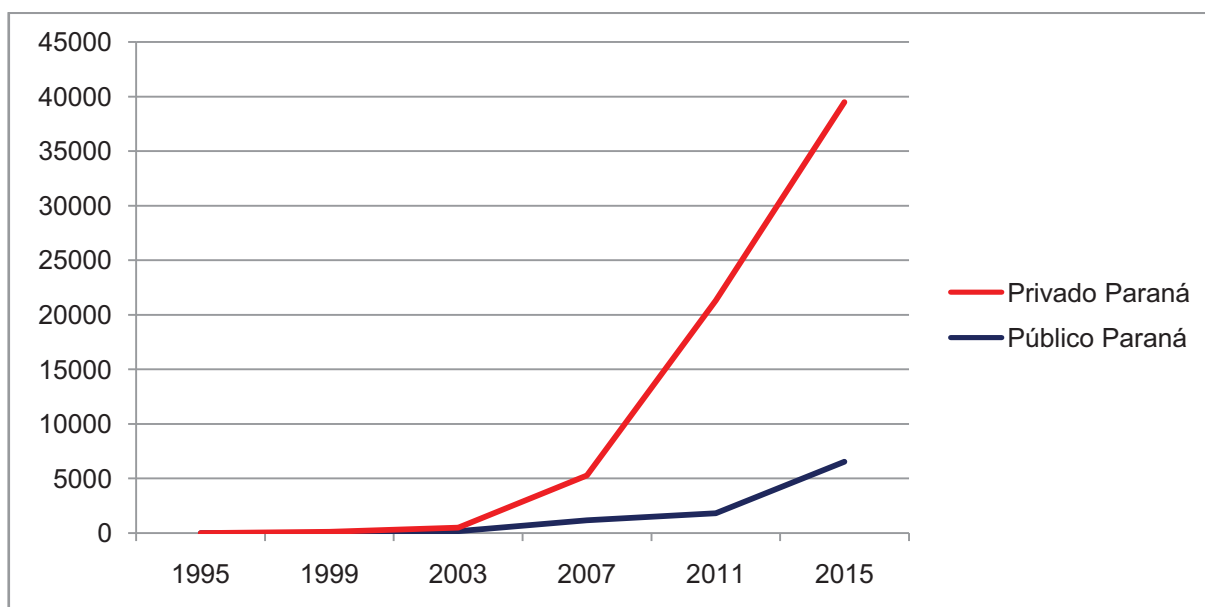
prestadores públicos predominam os estados, com 34% dos exames realizados no ano de 2015.

Assim percebe-se que tanto no Paraná quanto no Brasil, a realização de exames de Tomografia Computadorizada pelo SUS vinha acontecendo majoritariamente através de serviços privados. Porém, enquanto no Paraná, o peso relativo do privado mantém-se em torno de 2/3 dos exames realizados, no Brasil ocorreu um crescimento da participação relativa pública, levando-a a superar, em 2015, a participação privada.

3.2.2 Ressonância magnética

Outro exame de alta complexidade que teve sua ampliação ao longo do período é o de Ressonância Magnética (RM). Os dados do Paraná apontam um aumento do número total de exames de 342 vezes (34.220%) no período, no Brasil, o crescimento da oferta foi de 2.228%. Em ambos, verifica-se o predomínio dos prestadores privados ao longo de todo período. No Paraná, esse setor realizou 83% do total de exames, contra 68%, no Brasil, em 2015. Isso pode ser visto na FIGURA 9.

FIGURA 9 - EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA POR TIPO DE PRESTADOR NO PARANÁ ENTRE 1995 E 2015.



FONTE: Os autores (2018).

Na esfera privada, destacam-se os com fins lucrativos, que vem se expandindo e realizaram 56% dos exames no Paraná, e 34% no Brasil, em 2015.

Entre os prestadores públicos, minoritários no Paraná, são os municípios os principais prestadores, com 10% dos exames realizados em 2015. No Brasil, a maior participação pública é dos estados, com 23% dos exames no mesmo ano.

Tanto no Paraná quanto no Brasil, a oferta de exames de Ressonância Magnética acontece historicamente através de serviços privados, sendo que o peso relativo do setor público no estado é praticamente a metade do que ocorre no âmbito federal. Porém, enquanto no Paraná, houve aumento, ainda que leve, da participação relativa pública, no Brasil ocorreu o oposto, ao longo do período analisado.

3.2.3 Radioterapia e quimioterapia

Os procedimentos de radioterapia e quimioterapia ambulatorial no SUS tiveram seu crescimento ao longo dos anos no Paraná na ordem de 185%, já no Brasil, a expansão foi de 126%. A FIGURA 10 expressa a contribuição de cada setor nos procedimentos de radioterapia e quimioterapia nos anos de 1995, 2007 e 2015, no Paraná e no Brasil.

Os dados mostram que tanto no Paraná, quanto no Brasil predominam os prestadores privados ao longo de todo o período. No caso paranaense, essa participação majoritária do setor privado vem se ampliando notavelmente, ao ponto de, com 99% dos exames realizados em 2015, praticamente abolir a prestação pública. No Brasil o peso relativo da prestação privada tem se mantido praticamente estável, alcançando 80%, dos exames em 2015.

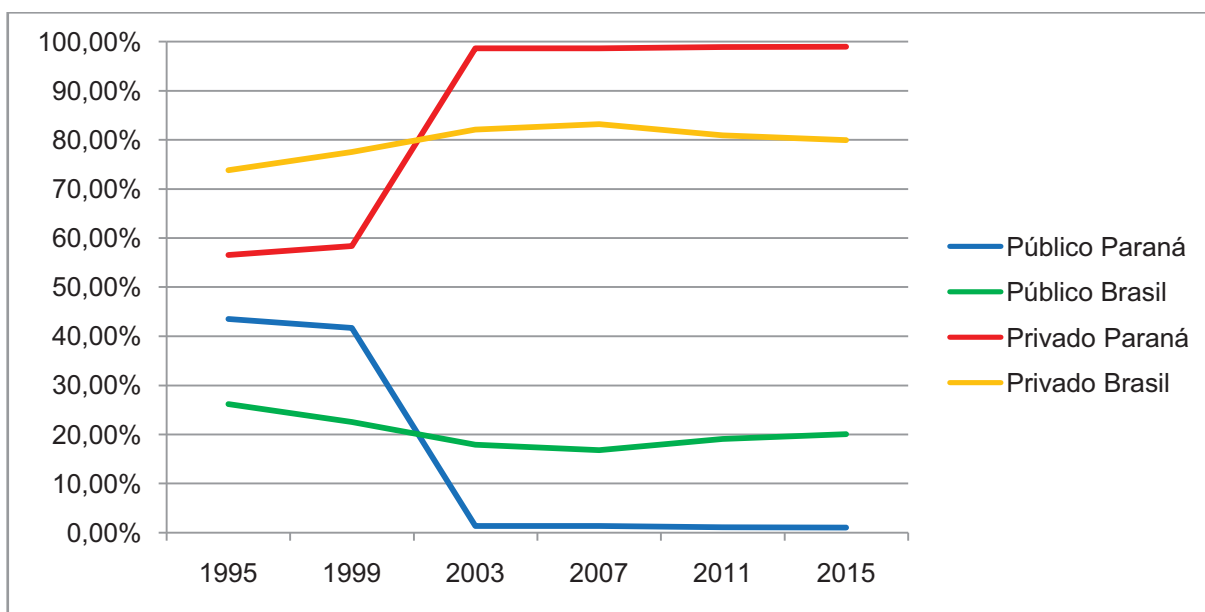
Entre os prestadores privados, os com fins lucrativos foram sendo superados pelos filantrópicos com CNAS válido como principais prestadores, realizando 66% dos procedimentos no estado, e 62% no Brasil, em 2015.

Os públicos tiveram redução absoluta de 93% no período analisado no Paraná. No Brasil, os prestadores públicos ampliaram em 76% a realização, sendo que entre estes predomina a prestação estadual.

É possível perceber, que tanto no Paraná quanto no Brasil, a oferta de Radioterapia e quimioterapia acontece historicamente através de serviços privados.

Enquanto no âmbito nacional ainda subsiste uma prestação pública minoritária, com em torno de 1/5 dos exames, no Paraná, esse procedimento realiza-se praticamente de forma exclusiva pelo regime privado.

FIGURA 10 - RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA NO SUS NO PARANÁ E NO BRASIL NOS ANOS DE 1995, 2007 E 2015.



FONTE: Os autores (2018).

3.2.4 Terapia renal substitutiva

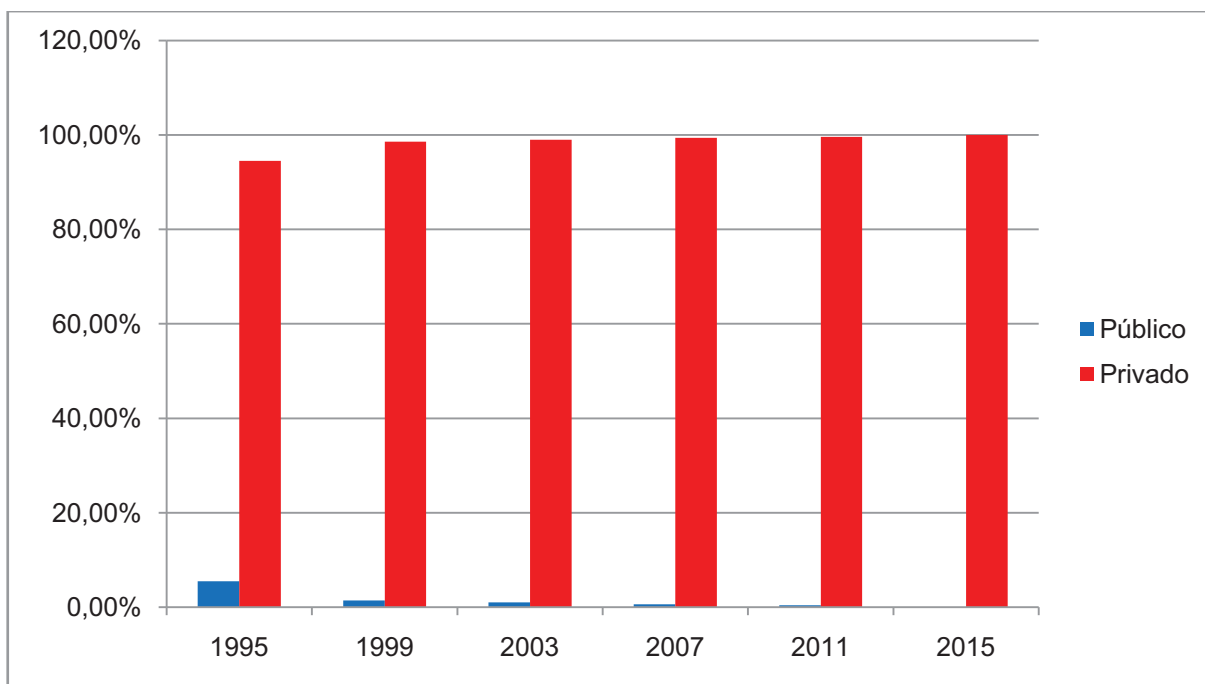
Terapia Renal Substitutiva engloba os procedimentos de hemodiálise e diálise peritoneal. Os dados do Paraná apontam um aumento do número de Terapia Renal Substitutiva no período, da ordem de 151%, já no Brasil o aumento foi de 224%, conforme mostrado na FIGURA 11. Em todo o período, tanto no Paraná, quanto em nível Nacional, ocorre amplo predomínio de prestadores privados, sendo que no caso do primeiro, a prestação pública foi encolhendo até ser abolida em 2015. No Brasil, ainda resiste uma prestação pública em 6% dos exames.

Entre os prestadores privados no Paraná, os serviços privados com fins lucrativos concentraram 84,3% dos procedimentos em 2015. No Brasil esse tipo de prestador também predomina.

Os prestadores públicos, extintos no Paraná, apesar de ampliação absoluta no nível nacional, viram sua participação relativa cair e estagnar em níveis muito baixos. Para efeito de análise, pode-se considerar a prestação de Terapia Renal

Substitutiva pelo SUS de atribuição praticamente privada, tanto em âmbito nacional, quanto, principalmente, na realidade paranaense.

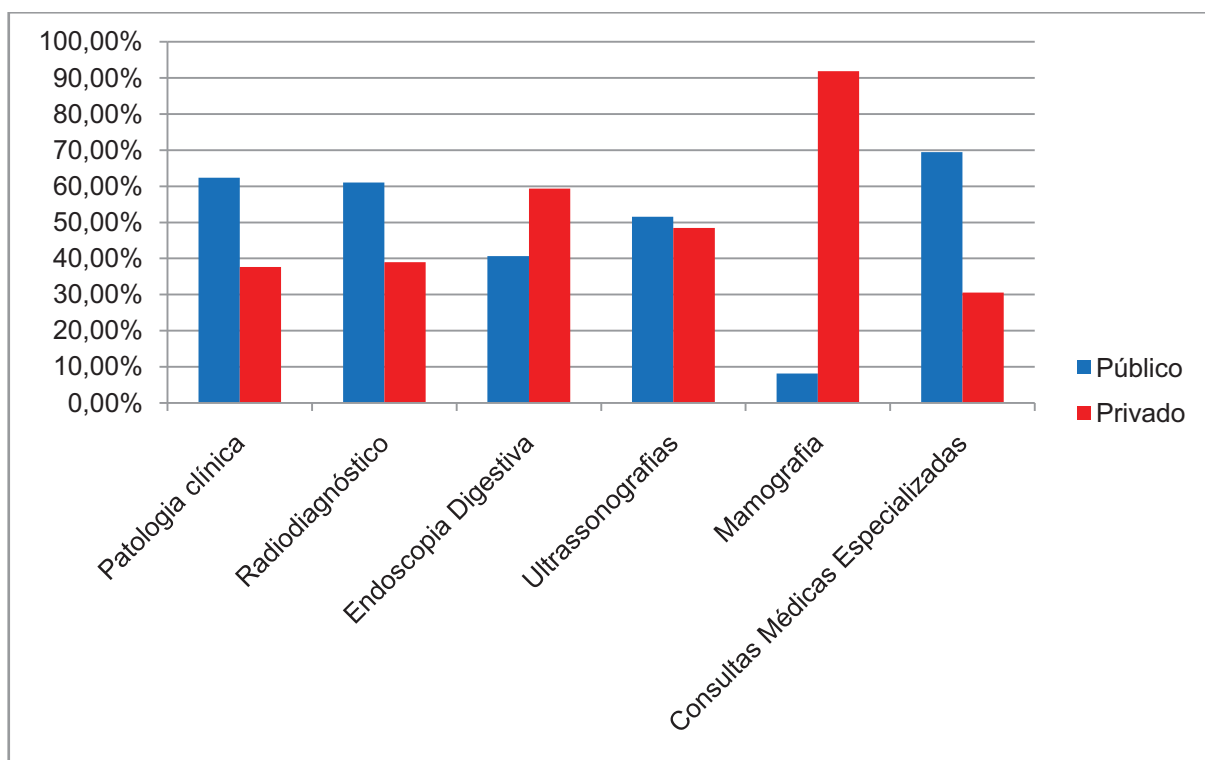
FIGURA 11 - PROCEDIMENTOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA AMBULATORIAL NO SUS DO PARANÁ NOS ANOS DE 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 E 2015.



FONTE: Os autores (2018).

Em síntese, pode-se verificar na FIGURA 12, a distribuição dos procedimentos selecionados da atenção especializada de média complexidade no ano de 2015 no Paraná por regime do prestador.

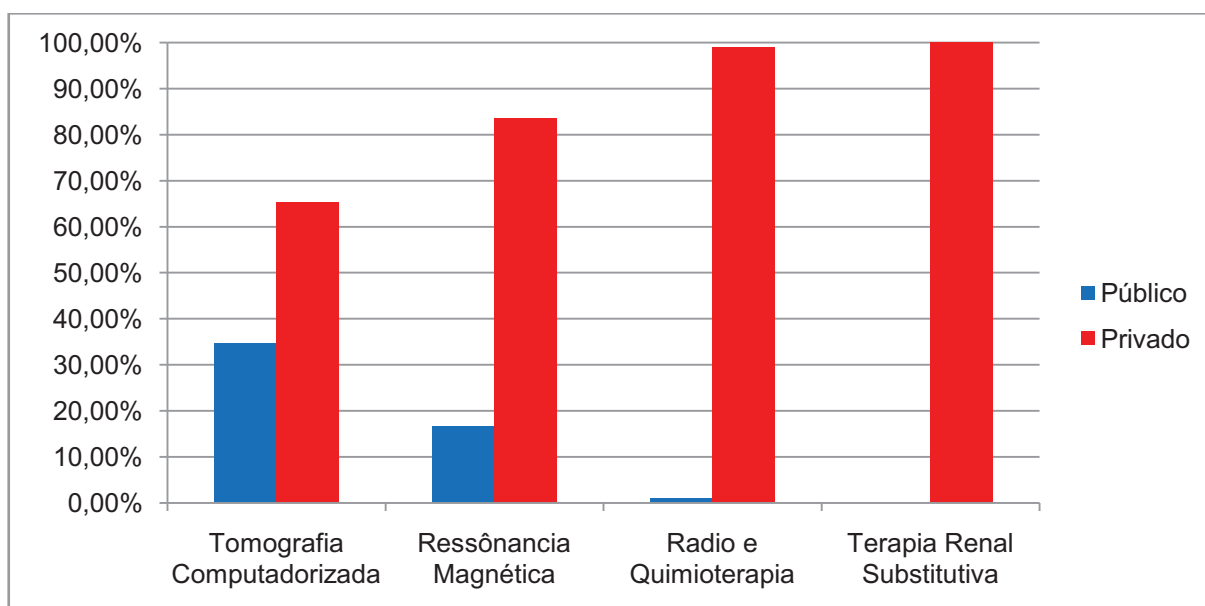
FIGURA 12 - PROCEDIMENTOS SELECIONADOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA COMPLEXIDADE NO ANO DE 2015 NO PARANÁ POR REGIME DO PRESTADOR.



FONTE: Os autores (2018).

A FIGURA 13 expõe uma síntese dos procedimentos selecionados da atenção especializada de alta complexidade no ano de 2015 no Paraná por regime do prestador.

FIGURA 13 - PROCEDIMENTOS SELECIONADOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE ALTA COMPLEXIDADE NO ANO DE 2015 NO PARANÁ POR REGIME DO PRESTADOR.



FONTE: Os autores (2018).

3.3 DISCUSSÃO

Os dados analisados permitem visualizar um panorama da relação público-privada na oferta de consultas e exames na atenção especializada pelo SUS no Paraná e no Brasil ao longo de 20 anos.

De forma geral, pode-se identificar algumas tendências:

- Ocorreu uma **expansão importante da realização de procedimentos de atenção especializada pelo SUS** ao longo do período analisado, tanto no Paraná, quanto no Brasil;
- Os **procedimentos especializados analisados de média complexidade, assim como aqueles utilizados simultaneamente pela atenção básica e pela atenção secundária, foram realizados majoritariamente por serviços públicos, tanto no Paraná, quanto no Brasil**. Isso, contudo, não suprime a importância do regime privado nesse âmbito, cuja participação varia entre 30 e 92% no estado e entre 14 e 67% no âmbito nacional. Neste, o percentual da participação pública é superior à no estado em cinco dos seis procedimentos analisados. As exceções ao predomínio público entre os procedimentos analisados são a endoscopia digestiva e a mamografia, no caso do Paraná, e a mamografia, no caso do país;
- Os **procedimentos especializados analisados de alta complexidade foram realizados predominantemente por serviços privados, tanto no Paraná, quanto no Brasil**. A participação dos serviços públicos é bastante reduzida, tornando-se, mesmo, insignificante em alguns procedimentos. Ela varia entre 0 e 35%, no estado, e entre 6 e 55% no país, a depender do procedimento. Nenhum dos quatro procedimentos de alta complexidade analisados teve predomínio público no Paraná. Já no âmbito nacional houve uma exceção ao predomínio privado: a tomografia computadorizada, que, a partir de 2015, foi realizada majoritariamente por prestadores públicos;
- **São os prestadores públicos municipais os que mais se ampliaram na oferta** de ações e procedimentos da atenção

especializada no Estado, sendo também dentre os públicos os principais prestadores.

O primeiro aspecto a ser analisado é a ampliação da realização de todos os procedimentos analisados ao longo do período 1995 a 2015 (figuras 1 e 7). Essa ampliação ocorre em contexto de crescimento significativo da população brasileira e paranaense, com percentuais de 35% e 25%, respectivamente, no período (IPEA, 2018). Essa tendência é acompanhada do aumento da expectativa de vida, que, no âmbito nacional, passou de 68,5 anos para ambos os sexos em 1995 para 75,5 anos para ambos os sexos em 2015 (IBGE, 2015). Além da mudança demográfica, desenvolve-se no Brasil uma transição epidemiológica contraditória, centrada em uma “tripla carga de doenças”, envolvendo as doenças infectocontagiosas, as crônico-degenerativas e as causas externas (MENDES, 2010; 2011).

Essas transformações exercem importante influência sobre a demanda por serviços do SUS. Vide os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, que apontam que 71,1% dos brasileiros possuem como referência exclusiva os serviços públicos de saúde, e destes 47,9% apontam as Unidades Básicas de Saúde, ou seja, a Atenção Básica, como principal porta de entrada (AGÊNCIA BRASIL, 2015).

Nessas últimas décadas, o SUS tem buscado responder a essas transformações, por meio de uma importante expansão de sua rede de serviços, em vários níveis, como a Atenção Básica, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os prontos socorros, ambulatórios, hospitais, centros de atenção psicossociais, bancos de sangue, entre outros. Além da ampliação dos serviços e do acesso à atenção especializada, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e consultas médicas especializadas (BAHIA, 2018).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, entre 1998 e 2015 ocorreu no país uma ampliação 15,7 vezes na cobertura populacional pela atenção básica, passando de 6,55% para 73,93% da população. No Paraná, entre 2007 e 2015, o crescimento foi de 47%, passando de 44,71% para 78,25% de cobertura.

Esta ampliação da principal porta de entrada do SUS repercute diretamente no aumento da realização de alguns exames, como os de patologia clínica, radiodiagnóstico, ultrassonografias, endoscopias digestivas e mamografias, que

compõem protocolos e rotinas e são largamente solicitados neste nível de atenção. Além disso, outra forma de cuidado diretamente regulado e acionado pela Atenção Básica são as consultas médicas especializadas. Estas, em geral, assumem o papel de principal suporte especializado à Atenção Básica, o que explica sua expansão.

Essa proximidade com a Atenção Básica é um dos fatores que faz com que esses procedimentos tenham uma participação do regime público maior que os procedimentos de alta complexidade. Os municípios, responsáveis pela gestão da Atenção Básica, vêem-se compelidos a garantir o acesso aos principais procedimentos diretamente vinculados a esse nível de atenção, muitas vezes implementando serviços próprios.

Silva et. al. (2017, p. 1110) afirmam que a descentralização do sistema de saúde serviu mais ao propósito de retração da União e de contenção de despesas do que de expansão, como gostariam os idealizadores do SUS. Para eles, isso se traduz no alto peso sobre os municípios que, além da atenção básica, acabam tendo que garantir acesso a serviços de atenção especializada, à Média Complexidade, que é marcada por diferentes “gargalos”, principalmente no que se refere ao acesso. A dificuldade para a garantia deste acesso decorre do modelo de atenção adotado, da resolutividade da atenção básica e do dimensionamento e organização da oferta dos serviços, além do financiamento do sistema.

A expansão da participação dos municípios na realização de exames e procedimentos também é resultado de outras políticas indutoras do processo de municipalização ocorrido no SUS ao longo das duas últimas décadas. É o caso por exemplo, da consolidação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil, assim como a Rede de Urgência e Emergência (RUE), que, por meio de regulamentações e portarias do Ministério da Saúde, e no caso do Paraná, pelas políticas como o Paraná Urgência e o Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais do Paraná (HOSPSUS) vem induzindo as unidades de pronto atendimento (UPAs) e os hospitais de pequeno porte a ofertarem exames laboratoriais e de imagem como requisito para se habilitarem para recebimento de recursos para custeio, investimentos e equipamentos (SESA, 2013; BRASIL, 2013).

Entre outras políticas indutoras, está a exigência de que os serviços hospitalares de pronto atendimento possuam porta aberta, médicos generalistas, classificação de risco e atendimento para todos os graus de urgência e encaminhamento para outros serviços de assistência (SESA, 2013). As UPAs,

devem funcionar 24h por dia, sete dias por semana, e são equipadas com uma estrutura simplificada, dotada de raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação (BRASIL, 2013). Todos esses fatores influenciam nos dados que encontramos de crescimento da participação dos municípios em exames e procedimentos.

Mesmo a Política Nacional de Atenção a Urgências (Pnau) tendo sido inaugurada em 2003, a consolidação no Paraná ocorreu de forma mais lenta. No ano de 2012, segundo a SESA Paraná (2013), o estado contava com 09 UPAs habilitadas, 47 em construção e outras enumeradas em análise de projeto. Em 2015, o número de UPAs era de 29 habilitadas. Além disso, os municípios passaram a organizar a rede de urgências e ampliaram a oferta de exames, e estes dados podem explicar o crescimento da oferta de alguns exames como Radiodiagnóstico e Ultrassonografias no nível municipal.

Além da Atenção Básica e da Urgência/Emergência, alguns procedimentos específicos foram objeto de priorização pela Política Nacional de Saúde, compondo as pactuações de metas e indicadores de saúde dos gestores municipais, estaduais e nacional no último período. É o caso da mamografia como método para rastreamento de rotina na atenção à saúde da mulher, buscando reduzir a mortalidade por câncer de mama, principal neoplasia maligna que afeta as mulheres no Brasil. Percebe-se, contudo, que essa ampliação da oferta de mamografias pelo SUS tem se desenvolvido quase integralmente por meio da contratação de serviços privados, e no caso do Paraná apresenta dado impressionante de participação em 2015 com 92% de realização deste exame.

Estudos têm apontado que essa priorização possibilita a ampliação do acesso das mulheres ao exame (SILVA et. al., 2014). Em que pese a manutenção da desigualdade de acesso relacionada à renda, região geográfica, e vinculação ou não a seguros privados, foi entre os mais pobres, nas famílias com até um salário mínimo *per capita*, que se observou o aumento mais expressivo de cobertura do exame, possivelmente pela expansão das mamografias financiadas pelo SUS. Esta expansão, entretanto, está ainda aquém do necessário, visto que, em 2007, apenas 42,6% das mamografias foram realizadas pelo SUS, 45,9% tiveram cobertura por planos de saúde, e 17,6% foram pagas total ou parcialmente pela usuária (OLIVEIRA et. al., 2011).

Dados do CNES mostram que em dezembro de 2015, 4.647 mamógrafos estavam em uso e distribuídos no país, mas destes apenas 718 eram do setor público (15,4%). Contudo, os equipamentos de mamografia que eram disponíveis ao SUS, e somando os públicos e privados, chegava a 2.083 mamógrafos. A maior concentração deles estava no Sul e Sudeste com 58,2% e destes 70% era da esfera privada (BRASIL, 2018).

Percebe-se, que essa ampliação da oferta de mamografias pelo SUS tem se desenvolvido quase integralmente por meio da contratação de serviços privados. Ademais, como vimos nos resultados desta pesquisa, os procedimentos de radio e quimioterapia realizados pelo SUS também são de natureza eminentemente privada (80% no país e 99% no Paraná). Desse modo, constata-se que importantes componentes – do diagnóstico ao tratamento – no cuidado aos portadores de neoplasias, a segunda causa de mortes do país, tem estado à mercê dos prestadores privados.

Cabe problematizar ainda sobre o predomínio dos serviços privados nos demais procedimentos de alta complexidade. Exames de imagem como tomografia computadorizada e ressonância magnética têm sido utilizados de forma crescente pelos serviços de saúde pública e privada. Ao longo das últimas duas décadas, de exames de exceção, transitaram ao estatuto de exames de rotina na investigação de várias patologias. Sua ampliação, nesse sentido, expressa a ampliação da própria rede de serviços e suas contradições, como a desigualdade geográfica. Nesses procedimentos também se percebe a tendência de o SUS transferir sua prestação para os prestadores privados, ambulatoriais ou hospitalares.

Segundo dados do CNES, em dezembro de 2015, haviam disponíveis ao SUS 1.734 tomógrafos no Brasil, e destes 433 eram públicos (24,9%). A maior concentração destes equipamentos estava na região Sul e Sudeste, com 1.090 deles, correspondendo a 62,8%. Outro dado, é que dos equipamentos disponíveis nestas regiões 75% eram de prestadores do setor privado. Quando pesquisado os equipamentos de Ressonância Magnética disponíveis ao SUS no mesmo ano, encontrou-se no sistema 737 deles distribuídos no país, e destes apenas 12,8% eram do setor público. Novamente eram nas regiões Sul e Sudeste que se encontravam a maior parte dos equipamentos com 65,8%, e entre estes 88% eram de prestadores privados (BRASIL, 2018).

Outro exemplo são os procedimentos de terapia renal substitutiva (TRS) realizada pelo SUS no país, que é praticamente privada, tendo no âmbito nacional apenas 6% de prestação pública. No Paraná esse procedimento é integralmente privado. Esse dado é importante, visto que a demanda para esse serviço vem aumentando de forma significativa no país, resultado do envelhecimento da população e do aumento no número de portadores de hipertensão e *diabetes mellitus*, principais causas da doença renal crônica, representando elevado custo para o sistema de saúde (SILVA et. al., 2011; MENEZES et. al., 2015).

Os dados do CNES, no período de 2015, corroboram com os achados da pesquisa, pois dos 967 equipamentos de hemodiálise cadastrados e disponíveis ao SUS, apenas 21% eram do setor público, e destes 66% estavam nas regiões Sul e Sudeste. Dado interessante é que havia no Sistema (CNES) 22.070 equipamentos cadastrados em uso no Brasil, ou seja, destes apenas 4,3% eram utilizados pelo sistema público de saúde (BRASIL, 2018).

Vimos que, embora a presença privada seja importante em toda a atenção especializada, ela é maior, não raro, exclusiva, no âmbito da alta complexidade. Isso não ocorre por acaso. Vasconcelos e Pasche (2007, p. 548) afirmam que a oferta de serviços do setor privado está orientada pela lucratividade “e condicionada pelos diferenciais de remuneração da tabela do SUS que tem favorecido os procedimentos especializados que utilizam maior aporte tecnológico”. Desenvolve-se, portanto, uma “seleção de demanda por enfermidades que resultam em procedimentos mais bem remunerados na tabela SUS” (SOLLA; CHIORO, 2014, p. 553). Martins (2015, p.140) afirma que o lucro do setor privado depende cada vez mais da incorporação de tecnologia, pois permite ao setor aumentar os preços de vendas, possibilitando a obtenção de lucro cada vez maior.

Compreender a organização e distribuição dos serviços/estabelecimentos de saúde não é objetivo deste estudo, contudo é importante termos um panorama geral para subsidiar algumas análises. No segundo semestre de 2015, estavam registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 286.011 estabelecimentos de saúde, destes um total de 207.692 estabelecimentos (72,6%) correspondiam a instituições da esfera privada. Quando se analisam alguns serviços de forma regional, como os estabelecimentos de SADT, constavam nos registros no período maior concentração nas regiões Sul e Sudeste, responsáveis por 67,3% destes serviços no país (BRASIL, 2018).

Martins (2015, p.142) em estudo mais detalhado deste cenário, afirma que quando se analisa a modalidade de acesso a esses serviços, há uma forte concentração no setor privado, que representava em 2013, 90,8% desses estabelecimentos, e destaca a presença de organizações privadas sem fins lucrativos mantidas ou fortemente subsidiadas pelos recursos financeiros públicos. No mesmo estudo, o autor afirma que no segmento de serviços privados com fins lucrativos, as operadoras de planos de saúde caracterizam-se como importantes fontes pagadoras atuando como elo na cadeia de valor da saúde suplementar, o que ajudaria a explicar o crescimento dos estabelecimentos privados de medicina diagnóstica. Segundo ele, os serviços públicos de medicina diagnóstica geralmente estão instalados nas dependências dos complexos hospitalares, não sendo comum encontrá-los na forma de serviços ambulatoriais independentes, como clínicas, como é o caso dos privados.

O mesmo estudo, ao analisar a oferta de equipamentos com fins diagnósticos (mamógrafo, tomógrafo, ultrassom, raios X e ressonância magnética), observou que houve o crescimento da oferta em todo o Brasil, embora a pesquisa evidencie consideráveis desigualdades regionais, como na região Norte, com a menor oferta de equipamentos, e este, corrobora com os achados no presente estudo, nas comparações do Paraná com os demais estados da federação (MARTINS, 2015, p.143).

Com os resultados encontrados, foi possível observar também que vem se constituindo, principalmente nos últimos quinze anos, um movimento de “filantropização” do setor privado contratado pelo SUS. A tendência não é de substituição de serviços com fins lucrativos por serviços filantrópicos, mas, de fato, a conversão dos primeiros nos segundos. Isso é resultado, por um lado, das mudanças nas legislações regulamentadoras dessa forma de serviço e, por outro, na utilização crescente por estabelecimentos privados de saúde dos recursos legais visando à conquista de isenções fiscais, financiamentos públicos e privilégios nos contratos com o SUS (CANABRAVA et al, 2007).

Alguns autores apontam que esta excessiva contratação de serviços privados esteja transformando o SUS em uma espécie de grande convênio, ferindo tanto o planejamento ascendente e integrado quanto as diretrizes e os princípios do SUS. Com isso, a utilização de serviços desvinculados do sistema acaba prejudicando a integração do cuidado, a longitudinalidade e o acesso dos usuários

(PAIM, 2011; SANTOS, 2012; BAHIA, 2018). Esse processo também facilita a propagação de desigualdades de acesso por meio da utilização de serviços do SUS para a realização de procedimentos não cobertos ou autorizados pelos planos de saúde, estabelecendo uma “dupla porta” que burla os mecanismos reguladores de acesso ao sistema.

Além disso, a lógica do lucro, própria do setor privado, acaba se instituindo no sistema público, tendo como principal expressão o excesso de intervenções e procedimentos desnecessários, implicando altos índices de medicalização e iatrogenia, além de aumento de custos.

Ademais, com o predomínio dos serviços privados consolida-se e irradia-se, inclusive para os serviços públicos, a busca pela “eficiência” de natureza mercantil e gerencialista, cujo alicerce é a redução de custos, inclusive com comprometimento do acesso e da integralidade, e com o aumento da exploração da força de trabalho em saúde, por meio de toda sorte de degradação das condições e vínculos de trabalho.

4 O SUS ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO: A ATENÇÃO HOSPITALAR NO PARANÁ

A garantia das ações e serviços de saúde a toda população pelo SUS, pressupõe a instituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada em diferentes níveis de complexidade na assistência à saúde. Este sistema com comando único em cada esfera de governo (União, estados e municípios), e dentro de um país com dimensões continentais e imensas desigualdades sociais e regionais.

A atenção hospitalar, parte fundamental da rede de serviços, é formada por instituições complexas e com densidade tecnológica específica, que assistem a cidadãos com condições agudas ou crônicas e em situações de potencial instabilização ou complicações do estado de saúde, sob regime de internação. No SUS, os hospitais que prestam serviços são considerados e chamados de pontos de atenção, e sua “missão” deve ser definida de acordo com seu território demográfico e epidemiológico (BRASIL, 2013).

Os hospitais, com as reformas nos sistemas de saúde ao longo das últimas décadas, têm redefinido o seu papel no cuidado à saúde. A função da Atenção Básica à Saúde como porta de entrada e coordenadora do cuidado tem restringido o escopo assistencial do hospital, ao mesmo tempo em que a assistência hospitalar torna-se tecnologicamente mais complexa e especializada, além de adquirir uma organização interna mais empresarial, muitas vezes centrada em pressupostos mercantis (BRAGA NETO et al., 2012).

Santos e Giovanella (2014) afirmam que a ausência da integração dos serviços de saúde, das instituições e das práticas, levou ao aumento das desigualdades locais e regionais dos territórios e comprometeu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde. Um dos princípios fundamentais do SUS, a integralidade da assistência à saúde, supõe que os cidadãos sejam atendidos de forma integral, contextualizados e respeitados em suas realidades e tenham acesso a todos os níveis de complexidade deste sistema. Quando a rede pública de serviços de saúde não possui disponibilidade de ofertar as ações e serviços, segundo a legislação, o gestor local, regional ou estadual pode complementar a oferta, com a participação do setor privado, desde que comprovada a necessidade e a impossibilidade de ampliar os serviços próprios (BRASIL, 1988).

Em muitos municípios e regiões, os serviços hospitalares são, em sua maioria, do setor privado (filantrópicos, com fins lucrativos, entre outros), e recebem um montante considerável de recursos públicos afim de complementar a oferta pública da saúde, visto que há vazios assistenciais em boa parte do Brasil e no Paraná (RAKSA, 2015). Especificamente no último, conforme dados da Secretaria Estadual de Saúde, em 2017, havia 454 hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, sendo 158 hospitais públicos (estaduais e municipais), 162 hospitais privados com fins lucrativos e 134 hospitais sem fins lucrativos (SESA, 2017). O interessante nestes números é que são 399 os municípios no estado do Paraná e o número de hospitais é de 454, considerando apenas os que são vinculados ao SUS.

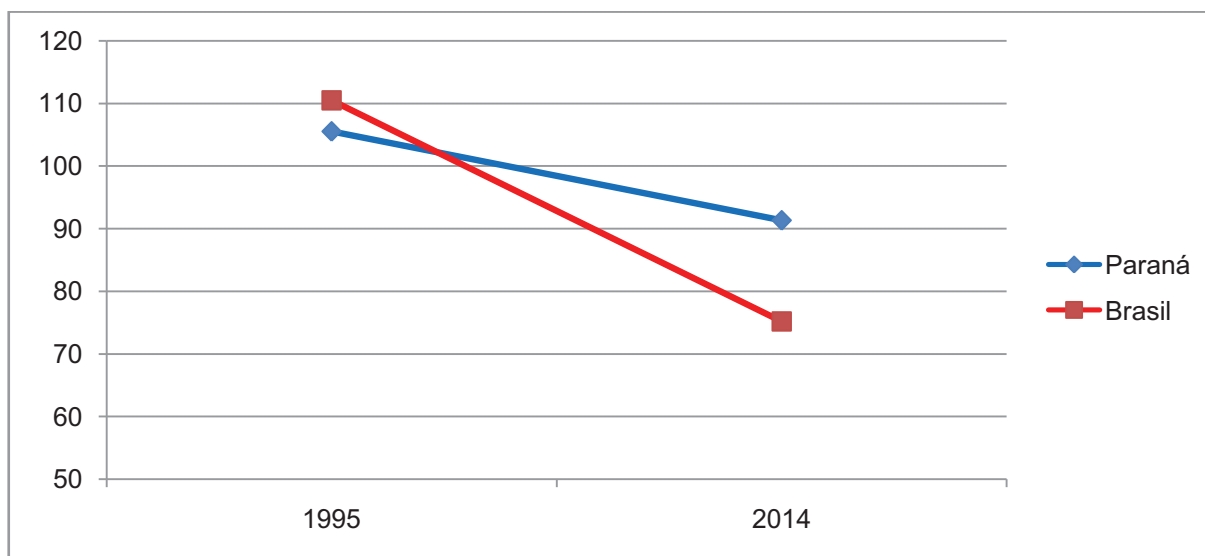
Nos dias atuais, essa caracterização do regime de propriedade e de gestão dos hospitais está mais variada e complexa. Entre os serviços públicos, há os de propriedade federal, estadual ou municipal, com tendência em curso de substituição da gestão direta pelas diversas apresentações de gestão indireta, como as autarquias, fundações e empresas estatais. Na maioria dessas modalidades a gestão por meio do direito público tem dado lugar à gestão baseada no direito privado. Já os hospitais privados caracterizam-se como entes com ou sem fins lucrativos, e estes como beneficentes ou filantrópicos (BRAGA NETO et al., 2012).

4.1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Ao analisarmos o conjunto das internações realizadas pelo SUS no Paraná entre os anos de 1995 e 2014, verificou-se que, embora o número total de internações tenha aumentado no período, essa ampliação foi discreta (5,5%), levando à queda na taxa de internações de 105,5 para 91,5 de internações/1.000 habitantes⁶. No Brasil, por sua vez, houve queda de 10,5% no número de internações, impactando na redução na taxa de internações de 110,5 para 75,2 internações/1.000 habitantes ao longo do período analisado. A variação do número de internações pode ser verificada na FIGURA 14.

⁶ Para cálculo da taxa de internações, utilizamos a estimativa da população exclusivamente usuária do SUS nos respectivos anos (MENDES, 1998; ANS, 2018). Como não encontramos essa informação para o estado do Paraná, utilizamos a mesma estimativa nacional, cientes dos limites desse procedimento.

FIGURA 14 - TAXA DE INTERNAÇÕES DA POPULAÇÃO USUÁRIA EXCLUSIVAMENTE DO SUS PARA CADA 1.000 HABITANTES NO PARANÁ E BRASIL NOS ANOS DE 1995 E 2014.



FONTE: Os autores (2018).

Ao analisarmos a distribuição dessas internações pelo regime do prestador, fica evidente a importância dos serviços privados nessa esfera do SUS no Paraná e no Brasil (TABELA 2 e TABELA 3).

TABELA 2- INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR REGIME DO PRESTADOR NO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 A 2014.

Tipo de Regime	ANO					
	1995	1999	2003	2007	2011	2014
Público	66.603 (9,3%)	89.585 (11%)	114.753 (15,2%)	150.876 (20%)	178.079 (23%)	205.957 (27%)
Privado	576.879 (81%)	602.264 (77%)	567.554 (75,3%)	591.149 (80%)	585.260 (77%)	545.787 (73%)
Universitário ⁷	69.283 (9,7%)	92.283 (12%)	71.219 (9,5%)	NA ⁸	NA	NA
Total	712.765	784.364	753.526	742.025	763.339	751.744

FONTE: Os autores (2018)

⁷ Os hospitais universitários não eram caracterizados como públicos ou privados no Sistema. A partir da implantação do CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em agosto de 2003, esses serviços foram redistribuídos em públicos e privados, ou seja, deixaram de ser registrados na categoria "universitário", através da Portaria nº 176 de 02 de julho de 2003

⁸ NA – Não se aplica

TABELA 3 - INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR REGIME DO PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 A 2014.

Tipo de Regime	ANO					
	1995	1999	2003	2007	2011	2014
Público	2.465.998 (19%)	3.110.452 (26%)	4.100.057 (35%)	5.016.103 (44%)	5.467.961 (48%)	5.754.171 (51%)
Privado	8.711.089 (69%)	7.235.598 (61%)	6.739.864 (58%)	6.298.359 (56%)	5.812.626 (52%)	5.566.116 (49%)
Universitário	1.469.113 (12%)	1.604.747 (13%)	798.273 (7%)	30 (0%)	NA	NA
Ignorado	-	-	-	15.604 (0,14%)	984 (0,01%)	-
Total	12.646.200	11.950.797	11.638.194	11.330.096	11.281.571	11.320.287

FONTE: Os autores (2018).

Os dados apontam que os prestadores privados tiveram uma leve queda de 5% no número de internações realizadas no período, mas seguem predominando no Estado, concentrando em torno de três quartos das internações. Em razão da alteração dos critérios classificatórios, que incluíam os hospitais universitários, sem distinção de regime, não é possível definir exatamente o percentual público e privado antes de 2004. Contudo, é possível perceber que, em 1995, os privados realizaram no mínimo 81% das internações, passando a 73% em 2014, o que demonstra uma tendência de queda relativa, ainda que bastante lenta. Do outro lado, houve um aumento significativo do número de internações públicas, provavelmente acima de 100%, no período. Apesar desse aumento impactar na participação relativa do setor público, este permanece bastante minoritário, sendo responsável por apenas 27% das internações pelo SUS em 2014.

No Brasil, pelos motivos já citados, também há limites para definir exatamente a participação pública e privada antes do ano de 2004. Entretanto, é possível perceber a ampliação significativa no número de internações públicas, acima de 60%, ao mesmo tempo em que ocorre uma queda importante, de pelo menos 30%, no número das internações em serviços privados. Essas alterações foram responsáveis por aumentar progressivamente a participação relativa dos

serviços públicos no total de internações no país, passando de menos de 30%, em 1995, para 51% em 2014.

Assim, percebe-se que, tanto no país, quanto no Paraná, a tendência é de aumento lento da participação pública nas internações pelo SUS. A vagarosidade dessa mudança faz com que o peso dos hospitais privados permaneça muito importante, dominando praticamente metade das internações no país. No Paraná, o cenário é ainda mais extremo, com os hospitais públicos realizando apenas pouco mais de um quarto das internações.

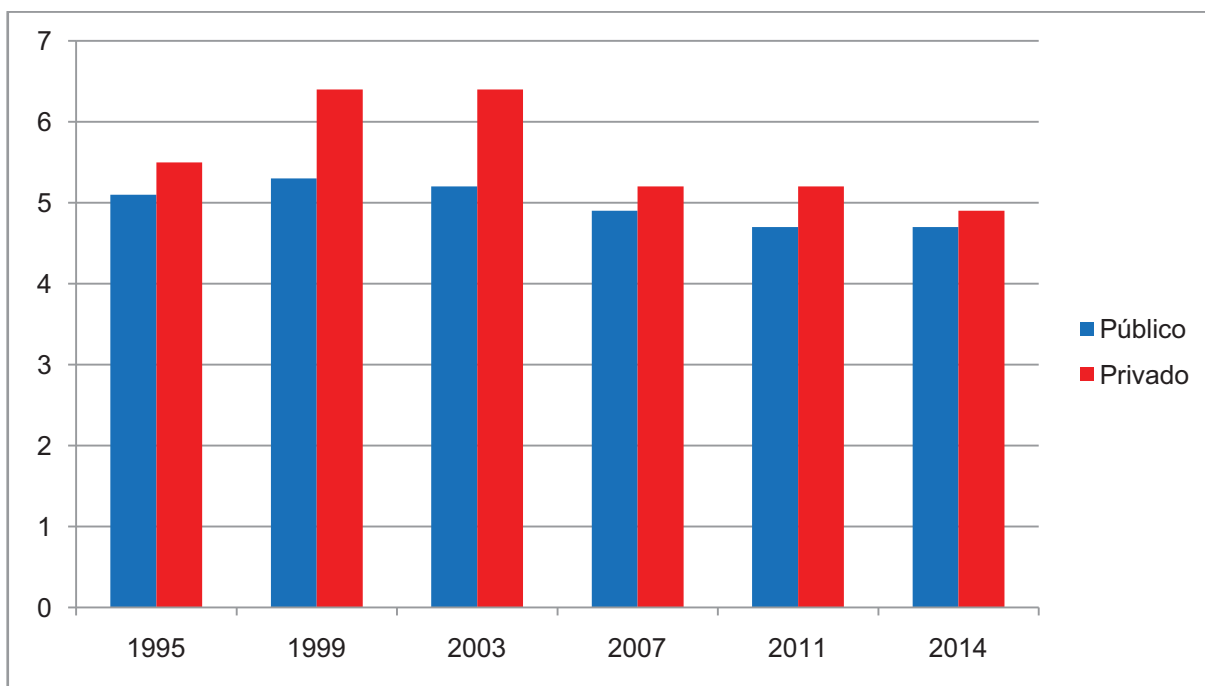
4.2 TEMPO DE PERMANÊNCIA EM INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Os dados referentes a tempo de permanência em internações hospitalares mostram que tanto no Paraná quanto no Brasil há uma tendência de leve queda do tempo médio de internação em serviços públicos e privados. Entretanto, os últimos tiveram maior tempo médio em dias de internamento quando comparados aos prestadores públicos em quase todo o período.

No Paraná, no ano de 1995, a média de permanência era de 5,1 dias no público e de 5,5 dias no privado, enquanto os hospitais universitários (sem distinção entre públicos e privados) possuíam a maior média, com 6,2 dias. Essa maior permanência média nas internações em serviços privados se manteve como tendência durante toda a série, chegando a 4,9, contra 4,7 dias nos hospitais públicos, em 2014, conforme ilustra a FIGURA 15.

No Brasil, a média de permanência em serviços públicos foi menor que nos prestadores privados em todo o período, com exceção de 2014 em que a média privada foi menor (5,6 dias) que a média pública (5,7 dias).

FIGURA 15 - PERMANÊNCIA MÉDIA EM INTERNAÇÕES HOSPITALARES (EM DIAS) POR REGIME DO PRESTADOR NO PARANÁ ENTRE 1995 E 2014.



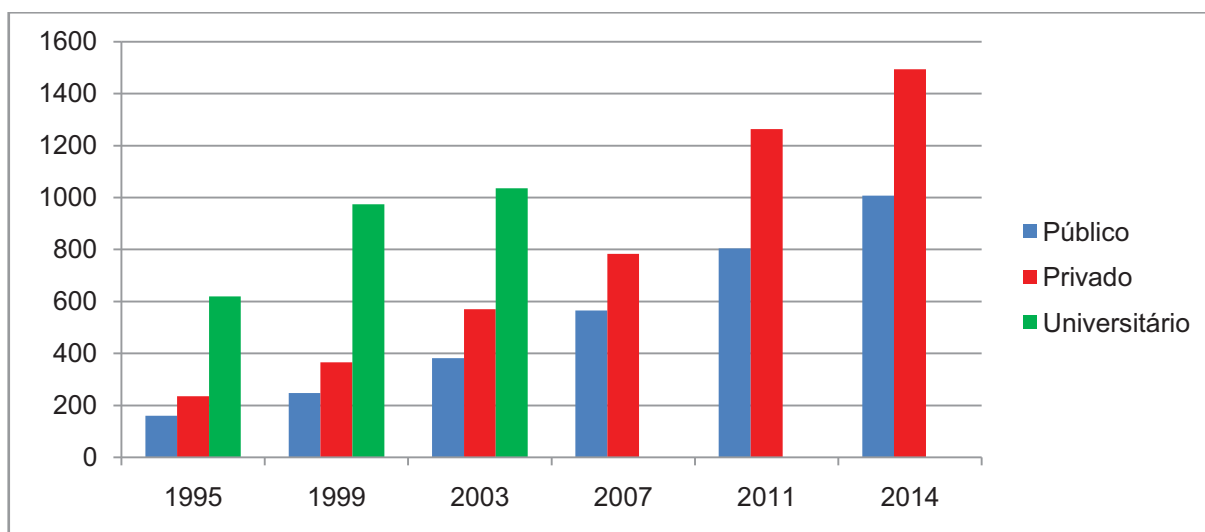
FONTE: Os Autores (2018).

4.3 VALOR MÉDIO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

O valor das internações pagas pelo SUS no Paraná e no Brasil também foi analisado. Verificou-se que os valores médios das autorizações de internações hospitalares (AIHs) pagas são maiores para os prestadores privados ao longo de todo período, tanto no Paraná, quanto no Brasil. Até o ano de 2003, os serviços universitários ainda constavam no sistema, e não diferenciavam o tipo do regime (público ou privado). Sendo assim, nos anos de 1995, 1999 e 2003 os maiores valores de AIH estão nesses serviços.

No Paraná, os serviços privados receberam pelas internações em média 32% a mais que os serviços públicos no período. No Brasil, o valor médio das internações em serviços privados foi 17% superior às dos públicos. A FIGURA 16 mostra a diferença entre os valores pagos por tipo de prestador no Paraná no período.

FIGURA 16 - VALOR MÉDIO DE AIH PAGA (REAIS) POR REGIME DO PRESTADOR NO PARANÁ ENTRE 1995 E 2014.



FONTE: Os Autores (2018).

4.4 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

4.4.1 Cirurgias por regime do prestador

Além das internações, analisamos os procedimentos cirúrgicos ofertados pelo SUS entre 1995 e 2014 no Paraná e no Brasil, com ênfase na relação público-privada. Esses procedimentos envolvem cirurgias nas áreas de otorrinolaringologia, gastroenterologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia e oncologia.

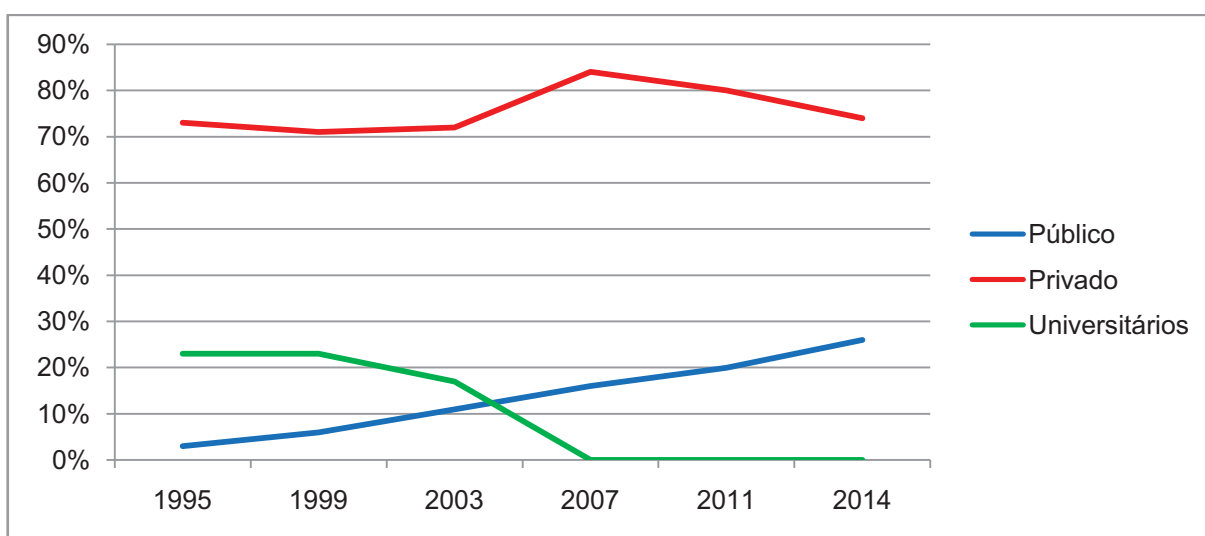
Os dados apontam um aumento da realização de cirurgias da ordem de 73% no Paraná, e de 44%, no Brasil, no período estudado. Quando discriminamos os dados por tipo de cirurgia, é possível verificar que aquelas com maior aumento no Paraná foram as oncológicas, com elevação de 758% (188% no Brasil) no período; e as que sofreram maior redução foram as oftalmológicas, com queda de 37% (e 29% no país).

Em razão da alteração dos critérios classificatórios, que incluíam os hospitais universitários, sem distinção de regime, não é possível definir exatamente o percentual público e privado antes de 2004. Contudo, é possível perceber que, em 1995, os privados realizaram mais de 73% das internações, passando a 74% em 2014, o que demonstra uma tendência de aumento considerável no número de cirurgias nessa esfera, com uma leve queda em sua participação relativa, visto que parte dos universitários era privada (FIGURA 17). No Brasil, o número de cirurgias

no âmbito privado vem sofrendo alterações, cujo resultado é uma queda da participação privada de, ao menos, 66%, em 1995, para 52% em 2014.

Do outro lado, as cirurgias públicas tiveram um aumento considerável, possivelmente acima de 100%, tanto no Paraná, quanto no Brasil impactando na participação relativa do setor público. Não obstante, este permanece minoritário no SUS, sendo responsável por apenas 26% das cirurgias no Paraná, e por 48% no Brasil, em 2014.

FIGURA 17 - CIRURGIAS NO PARANÁ POR REGIME DE PRESTADOR ENTRE 1995 E 2014.



FONTE: Os Autores (2018)

Percebe-se que, tanto no Paraná quanto no Brasil, predomina a realização privada de cirurgias pelo SUS. Porém, a presença pública é sensivelmente mais importante no país, com quase metade das intervenções, do que no estado (cerca de apenas um quarto das cirurgias). Evidencia-se também uma tendência de aumento do peso relativo da fração pública, tendência mais forte no âmbito nacional que no paranaense.

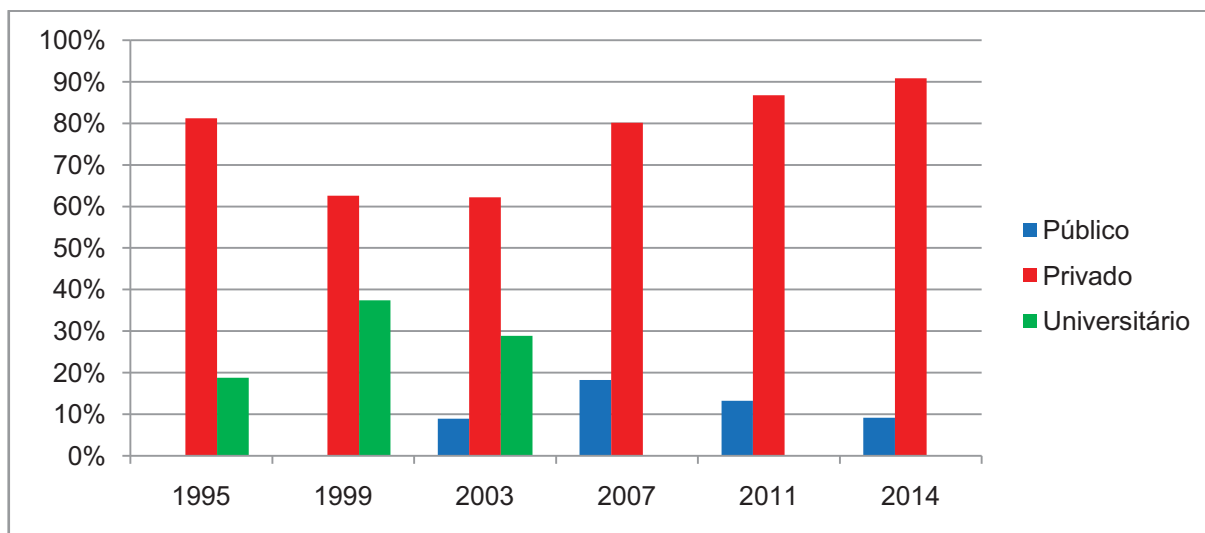
A fim de aprofundar a análise da relação público-privada nas cirurgias realizadas pelo SUS, elencamos algumas áreas específicas para exploração. São elas: transplantes, cirurgias cardiovasculares e partos.

4.4.2 Cirurgias de transplante por regime do prestador

Nesse item, apenas os procedimentos que se referiam a cirurgias de transplante de órgãos foram selecionados, sendo excluídos da coleta procedimentos de captação, de preparo dos órgãos, de equipe de transplante, pós operatório, entre outros. A expansão de acesso ao SUS tem ocorrido nas mais diversas áreas, inclusive as de maior complexidade tecnológica e custo, como os transplantes. Os dados evidenciam o aumento contínuo do número de cirurgias de transplantes no Paraná de 119% no período, enquanto no Brasil o aumento foi de 212%.

No Paraná, apesar dos limites decorrentes da não discriminação dos hospitais universitários em públicos e privados antes de 2003, é possível deduzir que ambos os regimes no mínimo duplicaram o número absoluto de transplantes realizados no período analisado. A presença amplamente majoritária dos prestadores privados se dá em todos os anos, e vem se aprofundando, chegando a 2014 com 91% dos transplantes realizados. A FIGURA 18 mostra a distribuição da oferta por tipo de prestador no estado.

FIGURA 18 - CIRURGIAS DE TRANSPLANTE POR REGIME DO PRESTADOR NO SUS DO PARANÁ NOS ANOS DE 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 E 2014.



FONTE: Os Autores (2018).

No Brasil, tanto os transplantes realizados em serviços privados, quanto os realizados em serviços públicos sofreram ampliação considerável. Entretanto, a participação relativa das duas frações parece ter se mantido relativamente

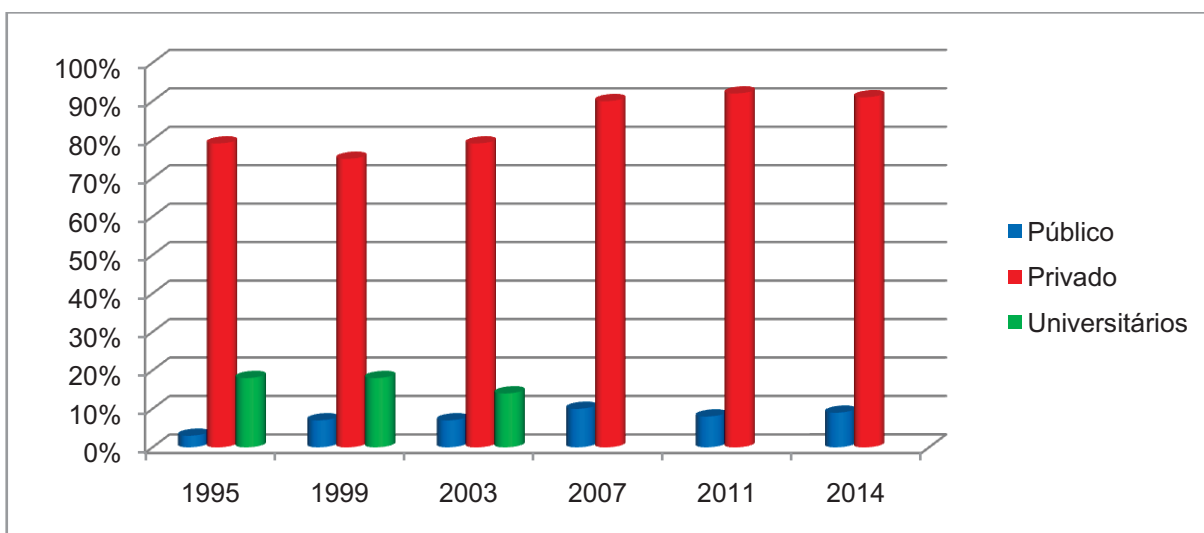
constante, com predomínio do setor privado com 63% das cirurgias de transplantes em 2014.

De forma geral, é possível afirmar que tanto no Paraná, quanto no Brasil a realização de transplantes pelo SUS é majoritariamente privada. Contudo, no âmbito nacional a participação pública é bem mais importante. No Paraná, por sua vez a participação pública, já bastante pequena, está em declínio, tendendo a tornar-se irrisória.

4.4.3 Cirurgias cardiovasculares por regime do prestador

As cirurgias cardiovasculares aumentaram 190% no Paraná, e 149% no Brasil no período analisado. As realizadas por prestadores privados tiveram ampliação de pelo menos 100%, mantendo importante predomínio no estado durante toda a série analisada e, em 2014, chegando a 91% das cirurgias. O setor público também ampliou o número de cirurgias, porém sua participação relativa encontra-se praticamente estagnada ao longo do período, tendo realizado 9% destas cirurgias em 2014 (FIGURA 19).

FIGURA 19 - CIRURGIAS CARDIOVASCULARES NO SUS DO PARANÁ POR REGIME DO PRESTADOR NOS ANOS DE 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 E 2014.

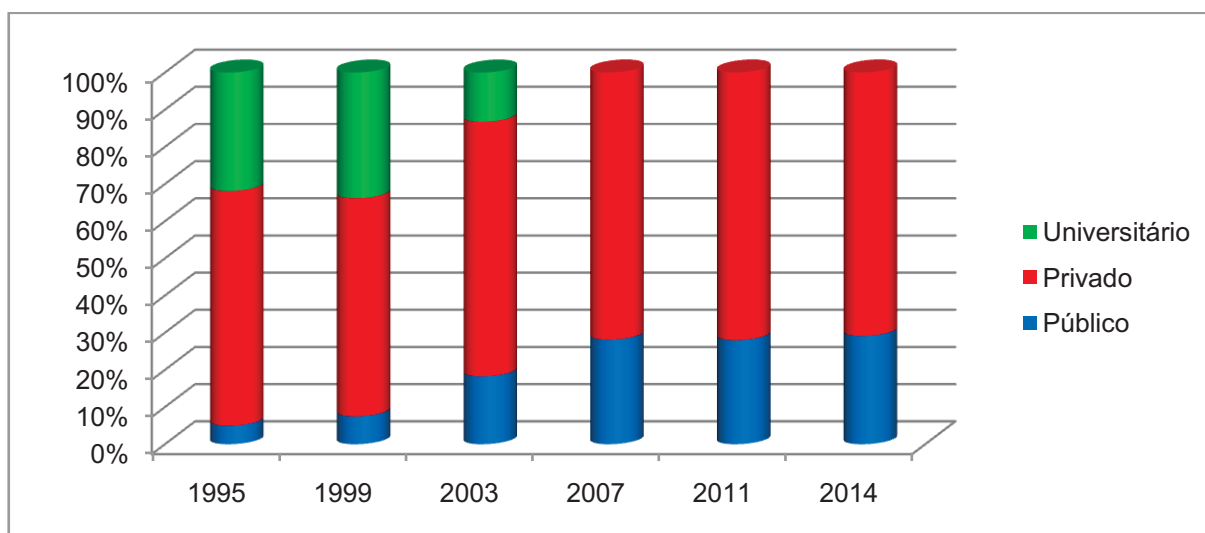


FONTE: Os Autores (2018).

No Brasil, tanto o setor público quanto privado mais que duplicaram a oferta de cirurgias no período. Porém, no âmbito nacional, assim como no Paraná, tem se

mantido historicamente, sem alterações significativas, um amplo predomínio das cirurgias privadas, com 71% dos procedimentos em 2014. A FIGURA 20 expressa a participação de cada prestador na oferta destes procedimentos nos anos analisados.

FIGURA 20 - CIRURGIAS CARDIOVASCULARES NO SUS NO BRASIL POR REGIME DO PRESTADOR NOS ANOS DE 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 E 2014.



FONTE: Os autores (2018).

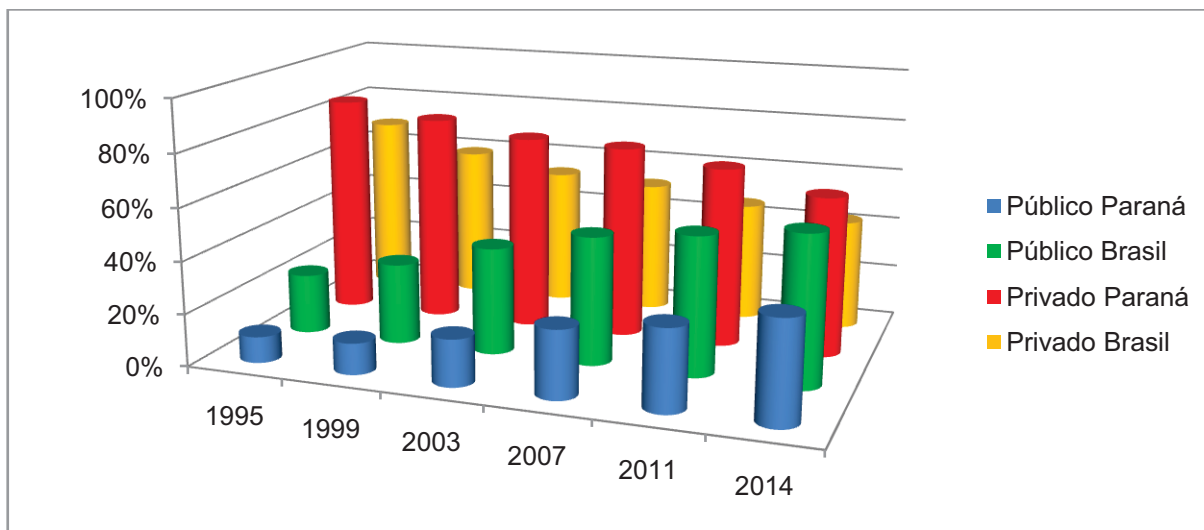
Desse modo, pode-se perceber como as cirurgias cardiovasculares no SUS são realizadas majoritariamente por hospitais privados, tanto no Paraná quanto no Brasil. No país e no estado a tendência é de estagnação da participação pública minoritária, sendo que no Paraná essa esfera é ainda menos importante que no âmbito nacional.

4.5 INTERNAÇÕES PARA PARTO POR REGIME DO PRESTADOR

Os dados analisados mostram que houve queda no número total de partos, de 37% no Paraná e de 32% no Brasil nos anos analisados. O setor privado mantém predomínio significativo durante todo o período, porém o número de partos nesse setor vem diminuindo progressivamente, com uma redução em torno de 55% no Paraná e de 58% no Brasil.

No mesmo tempo, no setor público o número de partos praticamente duplicou no Paraná e teve aumento de mais de 50% no Brasil, conforme demonstra a FIGURA 21.

FIGURA 21 - PARTOS (NORMAL E CESÁREO) NO SUS NO BRASIL E NO PARANÁ POR REGIME DO PRESTADOR ENTRE 1995 E 2014.



FONTE: Os Autores (2018).

Com isso, a proporção de partos em serviços públicos no Paraná passou de 10%, em 1995, para 39% em 2014. No Brasil, passou de algo em torno de 23%, em 1995, para 57% em 2014.

Esse é o procedimento hospitalar, dentre os analisados, em que a diferença entre os setores privado e público vem diminuindo de forma mais sensível. Apesar disso, em 2014, 61% dos partos realizados pelo SUS no Paraná ainda foram em serviços privados, ante 43% no Brasil.

4.6 DISCUSSÃO

Os dados analisados nos dão um panorama da relação público-privada na oferta hospitalar pelo SUS no Paraná e no Brasil ao longo de quase 20 anos (1995-2014). De forma geral, podem-se perceber algumas tendências:

- Houve praticamente uma estagnação do número de internações pelo SUS no Paraná, com crescimento de 5,5%, enquanto no Brasil houve redução de 10,5% no total das internações. Com isso, ocorreu uma queda da taxa de internações pelo SUS de 105,5 para 91,5 internações/1.000 habitantes no Paraná, e de 110,5 para 75,2 internações/1.000 habitantes no Brasil.

- **No SUS predominam historicamente as internações em serviços privados**, tanto no Paraná, quanto no Brasil. No estado, esse predomínio privado esteve sempre acima de 73%, notavelmente maior, portanto, que no âmbito nacional, onde esse percentual ficou acima de 50% ao longo do período. Ou seja, **no Paraná o SUS hospitalar é significativamente mais privado que no Brasil**;
- **As internações pelo SUS em serviços privados possuem tempo médio de permanência maior que aquelas em serviços públicos**, tanto no Paraná quanto no Brasil, a média dos anos é de 4,9 dias no público e de 5,6 dias no privado para o Paraná;
- **O valor médio pago pelo SUS é mais elevado nas internações em hospitais privados que em hospitais públicos**, tanto no Paraná, quanto no Brasil. No estado, os serviços privados receberam em média 32% a mais que os serviços públicos pelas AIHs do SUS, enquanto no Brasil essa diferença foi de 17%;
- **Todos os procedimentos cirúrgicos estudados apresentaram participação majoritária do setor privado**, em todos os anos, no Paraná e no Brasil, sendo que no estado a supremacia do privado é sempre consideravelmente maior que no Brasil: cirurgias (todas) (74% contra 52%); cirurgias de transplante (91% contra 63%); cirurgias cardiovasculares (91% contra 71%); parto (61% contra 43%) em 2014;
- De forma geral, dentre os procedimentos analisados, **a participação relativa pública encontra-se estagnada ou com crescimento muito pequeno nas internações, cirurgias de transplantes e cirurgias cardiovasculares**. De outro lado, percebe-se um **aumento progressivo da participação pública nas cirurgias**, quando tomadas em seu conjunto, **e nos partos**. Essas tendências se evidenciam tanto no Paraná, quanto no Brasil, embora neste último a participação e avanço do público seja sempre mais importante.

Ao analisarmos esses dados, cabem algumas observações. O primeiro aspecto a ser analisado é a ampliação da realização de todos os procedimentos ao longo do período 1995 a 2014. Essa ampliação ocorre em um contexto de

crescimento significativo da população brasileira e paranaense, com percentuais de 34% e 24%, respectivamente, no período (IPEA, 2018). E é acompanhada do aumento da expectativa de vida do brasileiro que, no âmbito nacional, passou de 68,5 anos em 1995 para 75,4 anos em 2015 (IBGE, 2015). Além da mudança demográfica, desenvolve-se no Brasil o que alguns autores chamam de “tripla carga de doenças”, envolvendo as doenças infectocontagiosas, as crônico-degenerativas e as causas externas, uma transição epidemiológica contraditória (MENDES, 2010; 2011; SOLLA; CHIORO, 2012).

Com essas transições demográficas e epidemiológicas, o SUS é diretamente influenciado em sua demanda por ações e serviços de saúde. Segundo Mendes (1998) no ano de 1995, 75,65% da população brasileira era usuária do SUS ou utilizava serviços de saúde de forma particular, e em 2014, os dados da Agência Nacional de Saúde (ANS) apontavam que 25,9% da população estava coberta por planos de saúde, assim supõem-se que 74,1% dependia ou do SUS ou de proventos particulares.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 apontaram que 71,1% dos brasileiros referiam que possuíam como referência os serviços públicos de saúde, ou seja, diminuindo-se a parcela de usuários privados/particulares de serviços, esta poderia ser considerada a população que dependia exclusivamente do SUS naquele período. Destes, 47,9% referiam as Unidades Básicas de Saúde como principal porta de entrada (AGÊNCIA BRASIL, 2015). Outra informação importante, é que alguns estudos indicam que mesmo pessoas que possuem planos de saúde, utilizam os SUS em alguns serviços, o que pode indicar que a parcela da população usuária do SUS é maior (SANTOS et al., 2008).

Nas últimas décadas, o SUS buscou responder a essas transformações, por meio de uma importante expansão de sua rede de serviços. Na Atenção Básica, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, entre 1998 e 2015 ocorreu no país uma ampliação 15,7 vezes na cobertura populacional pela atenção básica, passando de 6,55% para 73,93% da população. No Paraná, entre 2007 e 2015, o crescimento foi de 47%, passando de 44,71% para 78,25% de cobertura.

Além da Atenção Básica, nesse período ocorreu uma importante expansão de outros serviços do SUS, como mencionado no Capítulo anterior, em variados níveis assistenciais, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os prontos

socorros, atenção especializada, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, centros de atenção psicossocial, bancos de sangue, hospitais, entre outros.

Contudo, mesmo com o crescimento populacional e a ampliação do acesso à Atenção Básica e à atenção especializada, com o desenvolvimento do SUS, o número de internações hospitalares tem diminuído, levando à redução da taxa de internações. Uma explicação poderia ser buscada na maior resolutividade da Atenção Básica, que estaria impactando nos dados de internações. E uma das formas de avaliação possível seria por meio de indicadores como o de internações por condições sensíveis à atenção primária⁹ (ICSAP). Para Morimoto e Costa (2017), este indicador é composto por uma lista de variáveis e, permite desenvolver estudos para avaliação e monitoramento da atenção primária, partindo-se do princípio de que elevados coeficientes de ICSAP podem indicar problemas de acesso ou de efetividade dos cuidados.

Alguns estudos fizeram essa avaliação, como o de Yasuda (2011), que analisou dados de internamentos hospitalares de nove municípios e observou que estes, ao aumentarem a cobertura de Estratégia Saúde da Família, obtiveram queda das ICSAP. Outro estudo, de Morimoto e Costa (2017), analisou um único município, e não encontrou diminuição nos coeficientes das internações sensíveis à atenção primária no período de nove anos. Ainda, estudo feito por Ferreira et. al. (2014) concluiu que os índices de ICSAP estavam diretamente relacionados à desorganização da oferta, à resolubilidade e ao acesso à Atenção Básica, além de toda infraestrutura do nível de atenção como equipamentos e força de trabalho e que, portanto, estes fatores interferiam pontualmente na análise de cada local, podendo variar da mesma maneira.

É notório que, no Brasil, a ampliação da cobertura da Atenção Básica não tem sido acompanhada de um grau de resolutividade, conforme os estudos mencionados acima asseveram. Para alguns autores, essa capacidade resolutivadeveria girar em torno de 80-90% nesse nível de atenção. Logo, diante de uma Atenção Básica com importantes limites – financeiros, estruturais, de captação e qualificação de força de trabalho, etc. - para melhoria da resolutividade e continuidade no cuidado, e com uma população que cresceu e envelhece, o número de internamentos seria necessariamente impulsionado a se ampliar, o que não se

⁹ Aqui, consideramos como termos equivalentes: Atenção Primária - Atenção Básica.

verifica nos dados encontrados. Some-se a essa incongruência as queixas frequentes de gestores, profissionais e da população em relação às filas de espera para internações de procedimentos eletivos, às UPAs e prontos socorros lotados, à falta de leitos de UTI, e de leitos hospitalares de forma geral. Nesse sentido, a redução no número de internações parece resultar mais de uma obstrução de acesso do que de uma melhoria das condições sócio sanitárias, como é o caso dos países desenvolvidos.

Ao mesmo tempo em que houve a ampliação do sistema público, o setor privado assistencial também se expandiu. Segundo dados divulgados pela Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), no ano de 2018 houve a abertura de mais de 3 mil leitos em hospitais privados. Contudo, ao mesmo tempo, reduziram-se os leitos públicos.

A Confederação Nacional dos Municípios divulgou, em outubro de 2018, um Estudo Técnico a respeito da situação dos leitos hospitalares ao longo de dez anos, entre os anos 2008 e 2018. Corroborando a afirmação acima, o estudo aponta que: em 2008 o Brasil contava com 460.656, entre leitos SUS e não SUS; em 2018, o quantitativo decaiu para 437.565. E destaca que, quando se comparam os leitos SUS e os não SUS, são os primeiros que tiveram mais fechamentos que habilitações, enquanto os segundos aumentaram em aproximadamente 18.300 unidades (CNM, 2018). O Estudo também apresenta dados por estado (Unidade Federativa). Em 2008, o Paraná contava com 28.550 leitos (2,70 leitos para cada 1.000 habitantes); passando a contar, em 2018, com 27.288 leitos (2,41 leitos/1.000 habitantes). A média nacional é de 2,1 leitos por mil habitantes. O estudo refere ainda que, dentre os leitos fechados, 684 foram em Curitiba, enquanto no interior foram fechados 1.094 leitos (CNM, 2018, p.11). Análise importante a ser feita é que não se pode ampliar o número de internações públicas, mesmo com demanda, quando serviços hospitalares vêm sendo sistematicamente diminuídos.

Especificamente no Paraná, a participação dos serviços privados, foi regulamentada na forma de Decreto Estadual nº 7265/2017, que definiu as normas da participação complementar da iniciativa privada no SUS no âmbito do Estado do Paraná. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, em 2017 havia no estado 454 hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, sendo 158 hospitais públicos (estaduais e municipais), 162 hospitais privados com fins lucrativos e 134 hospitais sem fins lucrativos (SESA, 2018). Importante destacar que o número se refere aos

serviços disponíveis ao SUS e não ao número total de serviços hospitalares, que segundo o CNES (2018) é de cerca de 846 estabelecimentos. Também é necessário que se relacione a quantidade de serviços hospitalares disponíveis ao setor público com o número de municípios no estado - 399 municípios – que pode demonstrar que não há falta de unidades hospitalares no território, mas a diminuição das taxas de internamentos e discreto crescimento do total de internações, podem estar relacionadas à vazios assistenciais, acesso, falta de recursos físicos e de força de trabalho e de financiamento adequado.

Outro entendimento a respeito das internações hospitalares, diz respeito ao atendimento preterido pelos prestadores. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, as principais causas de internação hospitalar no ano anterior a pesquisa foram tratamento clínico e cirurgia. Em estabelecimentos de saúde públicos, as proporções foram de 42,4% e 24,2%, respectivamente. Em estabelecimentos de saúde privados, os percentuais foram de 29,8% e 41,7%, respectivamente. Dados esses que corroboram com nossos achados de maior porcentagem de cirurgias sendo feitas nestes tipos de prestadores.

Estudo de Viacava et al. (2018, p.1753), refere-se aos estabelecimentos de saúde que tiveram expressivo crescimento, com dinâmicas diferentes de acordo com o tipo de serviços. O estudo verificou que a predominância de estabelecimentos privados, é observada entre os hospitais e as unidades de apoio ao diagnóstico e terapia (SADT). No caso dos hospitais, a oferta de leitos públicos pelo SUS aumentou, e atingiu 35,8% do total de leitos existentes no país em 2017, mas são os privados que predominam na prestação do SUS (VIACAVA et. al. 2018).

Para Braga Neto et. al. (2012, p.598) enquanto os leitos públicos cresceram principalmente através da criação de hospitais de pequeno e médio portes na esfera municipal, no âmbito privado serviços desse porte têm sido fechados. Os autores apontam uma contradição na forma de financiamento do setor hospitalar, visto que em geral os reajustes dos valores pagos pelo SUS têm sido maiores na alta complexidade, ou seja, para serviços alocados em hospitais de grande porte. Os privados, por seguirem a lógica do mercado, mesmo quando conveniados ao SUS, tendem a se concentrar em esferas com maiores taxas de lucro. É o que sustentam Vasconcelos e Pasche (2007, p. 548) ao afirmarem que a oferta de serviços do setor privado está orientada pela lucratividade “e condicionada pelos diferenciais de remuneração da tabela do SUS que tem favorecido os procedimentos

especializados que utilizam maior aporte tecnológico". Dessa forma, desenvolve-se uma "seleção de demanda por enfermidades que resultam em procedimentos mais bem remunerados na tabela SUS" (SOLLA; CHIORO, 2012, p.547).

Isso explica nossos achados de maior concentração proporcional, ou quase exclusividade, de prestadores privados em serviços de alta complexidade tecnológica e, conseqüentemente, de alta remuneração pelo SUS, como as cirurgias cardíacas e os transplantes. Também se associa às médias de dias de permanência nestes serviços, sempre mais altas e de valores médios de AIHs superiores, que podem indicar serviços mais complexos, com maiores períodos de internamento. Explica também porque, dentre os procedimentos hospitalares analisados, os partos, que estão entre as cirurgias de menor complexidade tecnológica e custo, sejam aqueles com menor proporção de prestação privada pelo SUS, tanto no Paraná, quanto no Brasil.

Aqui, cabem ainda, duas reflexões importantes, a primeira diz respeito ao número de transplantes financiados pelo SUS, que no Brasil atualmente alcança o percentual de 95% (GOVERNO DO BRASIL, 2018). Assim, quando comparamos os dados encontrados de oferta de procedimentos de transplante por tipo de prestador, que no Brasil é de 63% realizada pelo setor privado e no Paraná é de 91% no mesmo setor, conclui-se que os procedimentos de transplantes brasileiros são financiados quase que totalmente pelo público, mas realizados em sua maioria pelo privado.

A outra é sobre os partos, que quando se analisam os nascimentos nos mesmos anos, através do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), que agrega todos os nascimentos – em serviços públicos, conveniados, privados, domiciliares – na média histórica, 69% dos nascimentos ocorreram sob o financiamento do SUS (BRASIL, 2018). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) apresentou dados sobre partos em estabelecimentos de saúde, e informou que em públicos, o parto normal apresentou maior participação das internações (7,2%) que o parto cesáreo (5,9%), enquanto em estabelecimentos de saúde privados, ocorreu o inverso: o parto cesáreo (9,7%) superou a proporção do parto normal (2,1%). Estudo que fez parte da pesquisa Nascer no Brasil, avaliou a estrutura das maternidades no país, e afirmou que a maior parte da rede de assistência ao parto e nascimento é conveniada ao SUS, mas que os serviços hospitalares de maior complexidade como os com UTIs neonatal ou adulto, além de estarem em sua maioria nas regiões Sul e

Sudeste, são praticamente todos privados (98%), além disso, os autores afirmam que em relação ao financiamento de leitos de alta complexidade obstétrica, é marcante a predominância em estabelecimentos privados (86%) (BITTENCOURT et al., 2014).

Assim, podemos sugerir que políticas de atenção ao parto e nascimento implementadas nos últimos anos no Brasil, que incentivam o parto natural como via preferencial, tendo em vista todos seus conhecidos benefícios para mãe e filho, e tendo menor densidade tecnológica envolvida, podem de alguma maneira estar interferindo nas taxas de prestação pública, que está crescendo sistematicamente em sua oferta, segundo dados levantados no presente estudo.

Essa divisão público-privada no SUS – que delega ao público a Atenção Básica e uma parcela dos serviços especializados e hospitalares de menor custo, e delega ao privado os serviços especializados e hospitalares de maior custo – também é atravessada pelo subfinanciamento. Isso porque este não é “igualitário”. De fato, enquanto numerosos serviços privados são mantidos pelo SUS, ocorre um dramático desinvestimento em equipamentos diagnósticos e terapêuticos e em tecnologia nos serviços públicos. Segundo Santos (2013), isso faz com que ocorra a oferta desses equipamentos e tecnologias para os usuários do SUS de 4 a 7 vezes menor do que para os consumidores de planos privados. Além disso, o desinvestimento acarretou um crescimento desproporcional e anômalo dos serviços privados complementares ao SUS. Segundo o autor, no Brasil, cerca de 65% das internações e 92% dos serviços de diagnóstico e terapia são remunerados por produção mediante complexa e perversa tabela de procedimentos e valores (SANTOS, 2013).

Segundo Lobato e Giovanella (2012), a complementação privada dos serviços tem como uma das justificativas o subfinanciamento. Visto que não seria possível investir em serviços próprios, com construções, investimentos e mesmo com o custeio, a saída seria a contratação de serviços privados, pois o custo seria menor. Além disso, Santos (2013) afirma que as restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF 101/2000) também induzem os gestores a terceirizar a prestação de serviços por impossibilitar a contratação de força de trabalho.

O que se expressa nessa justificativa é a recorrente tese da menor eficiência dos serviços públicos em relação aos privados. Aqui caberia, em primeiro lugar, um questionamento dos critérios de eficiência muitas vezes utilizados, por centrarem-se

excessivamente no custo em detrimento da qualidade da atenção, do acesso e da integralidade, por exemplo. Além disso, em geral o argumento que aponta a menor eficiência dos hospitais públicos não leva em consideração suas diferenças assistenciais em relação aos privados. Em geral, os hospitais públicos são responsáveis por cobrir os “vazios assistenciais”, tanto em regiões, quanto em procedimentos que os prestadores privados não consideram lucrativos e se negam a realizar. Ao assumirem essa função, principalmente com hospitais de pequeno e médio porte, em cidades do interior, os hospitais públicos serão avaliados como ineficientes.

Cabe ao Estado a regulação do sistema de saúde, que em geral pode ser compreendida como a intervenção do mesmo para alcançar a otimização na alocação e na distribuição de recursos. No sistema público, ao contratar serviço privado, um dos principais elementos é a contratualização dos serviços, que estabeleçam regras para execução, desempenho e avaliação (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Para Lobato e Giovanella (2012) no Brasil se apresentam hoje problemas complexos na regulação dos serviços de saúde e nos mercados de saúde, e que é possível verificar esta dificuldade porque temos um sistema público universal, mas que depende largamente dos serviços privados lucrativos e filantrópicos para prestação, especialmente nos setores hospitalares e de apoio diagnóstico. Assim há uma grande complexidade em incluir na regulação dos contratos a qualidade e a efetividade dos serviços contratados, o quantitativo de serviços, os critérios de acompanhamento e avaliação de resultados, o que acaba comprometendo a atenção à saúde prestada e que gera também conflitos com o setor público na prestação de serviços e no financiamento.

Assis e Jesus (2012, p. 2870) afirmam que estudo que avaliou as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde, verificou que a maior parte da oferta de serviços hospitalares é de propriedade privada: 62% dos estabelecimentos com internação e 68% dos leitos do país. Além disso, destes, 69% dos estabelecimentos privados que contam com internação e 65% dos leitos privados são contratados pelo SUS. E afirmam que os mesmos estabelecimentos atendem também o setor de saúde suplementar e privado, e assim, para os autores, no sistema de saúde, especificamente neste nível de atenção “o acesso torna-se mais dependente da capacidade financeira do usuário, e, portanto, mais seletivo e excludente” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2870).

Ainda, para eles, mesmo que se considerasse que grande parte de unidades ambulatoriais brasileiras são de propriedade estatal, a distribuição destes serviços ainda não ocorre de maneira uniforme entre os diferentes Estados brasileiros, e gera desigualdade no uso dos serviços. E citam que na atenção hospitalar ainda se mantém diferenças de acesso segundo grupo de renda, sinalizando que houve aumento da desigualdade social na utilização destes serviços no Brasil (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2870).

No sistema de saúde brasileiro, de maneira contraditória, ao mesmo tempo em que, o Estado brasileiro idealiza e formaliza um sistema universal de saúde, vem sistematicamente transferindo recursos para o setor privado, principalmente na média e alta complexidade, que se especializa cada vez mais nas áreas de alto custo, transformando o sistema num serviço segmentado, fragmentado, configurado a partir de múltiplos pagadores.

No Brasil, o gasto público dos municípios e estados com a média e alta complexidade apresenta aumento progressivo acompanhado de redução da participação relativa da união no financiamento do sistema. Soares e Santos (2014) indicam essa alteração global ao comparar dados percentuais de financiamento da saúde dos anos 1990, 2000, 2010 e 2012, em que a União reduziu de 74,38 para 45,80% e os municípios avançaram de 12,10 para 28,34%. Figueiredo et al (2018, p.38) afirmam que o financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados para o sistema público, destinando, portanto, menor volume para atendimento às necessidades de saúde da população do que aquele previsto quando o sistema foi criado.

Silva et al (2017, p. 1110), sustentam que o ganho de autonomia dos municípios também foi acompanhado do aumento da responsabilidade pelo financiamento das ações e serviços de saúde, devido à gradativa diminuição da participação dos governos estaduais e da União na gestão do Sistema. A atenção à saúde na área especializada e hospitalar fica mais dispendiosa para os municípios, em relação à Atenção Básica, além da demanda reprimida por alguns serviços que geralmente encarece os custos, e concentra uma parcela considerável dos recursos públicos em saúde (SILVA et al, 2017, P. 1110).

Outro estudo, de Araújo et al (2017) reitera essa afirmação. Para os autores a ampliação da participação de estados e municípios no financiamento do SUS, com a vinculação de recursos mínimos de arrecadação, converteu-se em uma das

principais alternativas para solucionar, ou mesmo remediar, o subfinanciamento da saúde. Após a Emenda Constitucional 29 em 2000, com o mínimo de 15% da arrecadação municipal e de 12% da arrecadação estadual o aporte de receitas públicas para a saúde foi ampliado, mas no caso dos municípios isso se sucedeu à custa de grandes desequilíbrios orçamentários, dado o comprometimento de grande parte dos seus orçamentos com o setor. E, asseveram que se de um lado houve progressiva contribuição com o orçamento da saúde, de outro, no caso da União houve decréscimo.

Os autores acima, ao comparar diferentes estudos que registram as variações entre municípios no que se diz respeito à alocação orçamentária no setor da saúde, e concluíram que estas variam de acordo com a diversidade socioeconômica e os diferentes perfis de responsabilidade assumida pelos mesmos quanto à oferta de serviços, produzindo iniquidades entre os mesmos. E citam que a forma como alguns municípios compõem os orçamentos gerais varia conforme seu porte, principalmente no que tange às receitas oriundas de arrecadação própria e de transferências da União. Outra análise, é de que há disparidade nos pequenos municípios, que foram os mais onerados com o processo de descentralização do SUS, em função da falta de escala de serviços. E citam que no caso de municípios de São Paulo, a média e, principalmente, a alta complexidade assistencial foram as modalidades de atendimento que consumiram a maior parte dos recursos disponíveis para a saúde de grandes centros urbanos (ARAÚJO et al, 2017).

Silva et. al. (2017), ao estudarem a situação de uma região de saúde no Paraná, encontraram dados que corroboram com os estudos já citados. Os autores afirmam que algumas características do sistema de saúde brasileiro contribuem para a dificuldade de garantia de acesso na atenção especializada no SUS, principalmente no que tange à organização do sistema, ao financiamento em saúde, à disponibilidade de profissionais médicos e à relação com o setor privado. Na região estudada, ficou evidente a sobrecarga financeira assumida pelos municípios relacionada ao gasto total em saúde, à carência de profissionais especialistas e à consequente insuficiente/inexistente oferta de consultas em várias especialidades, bem como a dependência do setor privado.

Para os autores outro fator que contribui para o problema em questão é o crescente distanciamento da União e do Estado, que além de não garantirem o financiamento adequado, não apoiam os municípios no processo de regionalização.

Assim, o que acontece no Paraná, e se reproduz também em outros estados, é a organização dos municípios em Consórcios Intermunicipais de Saúde, que compram e organizam serviços especializados. Mas que em muitos casos não tem se mostrado a solução mais eficaz para a problemática, devido a fatores externos que influenciam a estruturação e capacidade de oferta de serviços, tais como o modelo de atenção adotado, a dificuldade de dispor de número suficiente de profissionais médicos, capacidade de governança e poder de decisão limitado por parte dos gestores municipais. Desse modo, muitas vezes os municípios buscam outras estratégias para resolver os problemas e garantir o acesso aos serviços especializados e hospitalares. (SILVA et al, 2017, p.1117).

Segundo o estudo de Araújo, et. al. (2017), apenas 23,66% dos municípios não necessitavam contratar serviços privados exclusivamente com receitas próprias para a complementação de serviços públicos. Além disso, os achados mostravam que quanto maiores os valores per capita oriundos via “transferência do SUS”, maiores os gastos em saúde com recursos próprios dos municípios (ARAÚJO et. al., 2017). Esta realidade é encontrada em municípios paranaenses, que, através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde ou em convênios diretos com prestadores, dispõem recursos de fonte própria para compra de serviços.

No Paraná, o grau de contratação de serviços privados para oferta de ações e procedimentos na atenção especializada e hospitalar no SUS é historicamente bastante acima da média nacional. Além disso, diante do cenário nacional, é um dos estados que mais compra serviços privados. No contexto sul-sudeste, regiões com maior nível de desenvolvimento socioeconômico e melhor estrutura de serviços de saúde, ocupa, juntamente com o Rio Grande do Sul, a posição de SUS mais privado, nos procedimentos analisados.

Para piorar ainda mais a situação no Brasil, em 2016, foi aprovada e adotada uma política de austeridade fiscal, que dentro de suas ações práticas está a de limitação de despesas, que com a Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC 95/16), criou o Regime Fiscal, e estipulou um teto para a despesa primária da União e o congelamento do gasto com saúde em valores reais de 2016, por 20 anos. Esta medida reduz o valor do PIB do governo destinado à saúde à medida que a economia crescesse, e diminui o gasto per capita, desconsiderando que a população de idosos no Brasil dobrará nesse mesmo período, ou seja, a demanda pelos serviços deve aumentar (FIGUEIREDO et al, 2018, p.38).

Com todo esse panorama, o SUS, depende das expectativas e possibilidades da repartição público-privada no financiamento do sistema e oferta de serviços de saúde, bem como a capacidade e interesse dos agentes do Estado para regular essa relação, buscando à priorização do sistema público. Pois como afirmam Figueiredo et al (2018, p.38) enquanto persistir “o dilema entre a universalidade do SUS diante da sua dificuldade de financiamento público, recrudesce a necessidade de envidar esforços para assegurar a efetiva priorização do SUS no gasto público e o cumprimento dos seus princípios basilares”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No grande cenário que se insere esta pesquisa, o direito à saúde no Brasil, nos propomos a compreender a oferta de ações e serviços de saúde em dois níveis assistenciais do sistema público no Paraná e no Brasil: atenção especializada e atenção hospitalar. Para isso, com um recorte generoso de tempo, vinte anos, levantaram-se as variações de oferta no que diz respeito ao número total e ao tipo de prestador, avaliando crescimentos ou decréscimos no período.

A análise demonstrou que nesses níveis de atenção, diferentemente do preconizado pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, os serviços públicos é que são complementares aos serviços privados. Esses resultados são impressionantes, pois o SUS se mostrou grande comprador de serviços especializados e hospitalares, confirmando a hipótese de pesquisa de que no Paraná em diferentes ações e serviços especializados e na atenção hospitalar predomina a oferta de serviços pelo setor privado.

A preponderância dos serviços privados acaba organizando a demanda de serviços em função de sua oferta e não conforme as necessidades de saúde da população. Em tese, as necessidades de saúde da população são a linha mestra orientadora da organização do sistema de saúde, cujo objetivo é respondê-las. Quando elas perdem seu caráter de fundamento, inverte-se a lógica e as necessidades é que passam a adequar-se à oferta. No limite, isso implica na garantia do direito à atenção integral à saúde, previsto constitucionalmente. Do ponto de vista operacional, há implicações diretas na organização e planejamento de ações e serviços do SUS.

Outro aspecto vinculado a esta preponderância privada de serviços especializados e hospitalares ofertados pelo SUS, é que as ações e serviços de saúde, incluindo os exames e procedimentos ambulatoriais especializados e os procedimentos hospitalares, tornam-se regidos pela lógica de mercado. Esta lógica entende a saúde como mercadoria, em que as necessidades estão induzidas pelo consumo de serviços, o que privilegia a oferta de serviços de densidade tecnológica alta e custosa.

Além disso, a lógica do lucro, própria do setor privado, acaba se instituindo no sistema público, tendo como principal expressão o excesso de intervenções e procedimentos desnecessários, implicando altos índices de medicalização e

iatrogenia, além de aumento de custos. Ademais, com o predomínio dos serviços privados consolida-se e irradia-se, inclusive para os serviços públicos, a busca pela “eficiência” de natureza mercantil e gerencialista, cujo alicerce é a redução de custos, inclusive com comprometimento do acesso e da integralidade, e com o aumento da exploração da força de trabalho em saúde, por meio de toda sorte de degradação das condições e vínculos de trabalho.

Esta perspectiva segue uma tendência internacional de impor aos sistemas de saúde universais um “universalismo básico”, que reduz os serviços públicos a ações básicas de tratamento e prevenção, deixando a assistência especializada a cargo de serviços privados, e por vezes com acesso a elas somente de forma particular (compra direta) ou pelos planos de saúde. Ou seja, ofertar ações pobres, para pobres. Não se trata de vender ou fechar serviços públicos, mas sim de deixar de investir, qualificar e ofertar por prestador público, ampliando a participação.

As políticas de saúde devem ser capazes de eliminar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, de enfrentar a mercantilização do setor saúde e a desproporção oferta/demanda existente; e construir uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral. No caso do SUS, trata-se de um sistema de saúde em desenvolvimento que, apesar de seus inquestionáveis avanços na ampliação do acesso e qualidade da assistência, ainda não conseguiu se efetivar como um sistema de fato universal e integral. A população que depende unicamente do SUS para acesso a serviços de saúde é de mais de 70% no Brasil. Este dado demonstra a real necessidade de garantir o funcionamento adequado, em todos os níveis de complexidade, pois desta forma se garante também uma condição real de cidadania. O acesso aos serviços de saúde está ligado aos princípios da equidade, integralidade e universalidade do SUS, e se relaciona diretamente com a justiça social. Pois ao garantir que o cidadão acesse o serviço se garante que em alguma medida tenha suas demandas e necessidades satisfeitas.

Vale ainda observar que o setor privado vê no SUS uma grande possibilidade de ampliação do seu capital financeiro, além de ter no SUS boa parte do seu sustento e ser beneficiado pelo Estado por meio de incentivos financeiros. Assim, se hoje, os serviços privados são essenciais para o sistema funcionar, visto sua larga participação, estes também dependem do SUS. O que nos faz questionar, é quem de fato regula a oferta de serviços, e quiçá a demanda.

Esse SUS real, subordinando a saúde às escolhas de interesses econômicos, clientelistas, corporativos e partidários pode ser considerado contra os interesses públicos, pois expressa a contradição antagônica entre a lógica mercantil e a compreensão da saúde como direito humano

Garantir esse direito de forma inalienável envolve enfrentar a presença do capital no interior do sistema público. A retomada e aprofundamento de uma reforma sanitária com vistas à conquista do direito universal à saúde deve ter nesta uma tarefa central.

5.1 TRABALHOS FUTUROS

Os dados coletados e utilizados neste trabalho são produto da alimentação dos prestadores do SUS, podendo haver inconsistências, mas que de maneira geral não invalidam as análises e conclusões obtidas.

Diante da enorme quantidade de dados existentes e sistematizados, o presente trabalho demonstrou, inúmeras possibilidades para pesquisas e trabalhos futuros. Entre estas indicações estão as possibilidades de avaliar cada uma das variáveis (exames, procedimentos, cirurgias, etc.) de forma individualizada, buscando compreender seus movimentos de decréscimo ou crescimento no SUS e a participação de cada prestador nos períodos. Também, outra potencialidade desta área de estudo, refere-se a análise dos valores pagos e de que maneira estes podem interferir na escolha por procedimentos, indicando em que medida esta prática vem sendo executada no SUS.

Outra abordagem de análise possível é sobre a demanda dos locais e a oferta encontrada. Está atribuída à atenção especializada o *status* de maior gargalo do SUS, mas ao se diferenciar procedimentos de menor ou maior complexidade, se questiona qual a homogeneidade nesse gargalo. Também como indicação de análise, está a que se refere à distribuição geográfica de ações e serviços de saúde e sua implicação no acesso pela população, tal qual o interesse de prestação privada de acordo com esta distribuição.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL, 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>. Acesso em: 22/10/2018.
- ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 953-963, 2017.
- ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BAHIA, L. et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 12. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184516>. Acesso em: 20/06/2018.
- BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762. 2009.
- _____. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.7, e00067218. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218>>. Acesso em: 25/09/2018.
- BITTENCOURT, S.D.A. et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S208-S219, 2014.
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BOSCHETTI, I. **Assistência Social e Trabalho no Capitalismo**. São Paulo: Editora Cortez, 2016.
- BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I.S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 577-608.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html . Acesso em 20/10/2018.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília. 1988.

_____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Brasília: DF. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp101.htm. Acesso em: 20/10/2018.

_____. Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 20/10/2018.

_____. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Manual Técnico operacional SIA/SUS** - Sistema de Informação Ambulatorial. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES**. 2018. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>. Acesso em 28/10/2018.

_____. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. In: Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1987. 430p.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Assalto ao Estado e ao mercado, neoliberalismo e teoria econômica. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 7-23, 2009.

CANABRAVA, C.M. et al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.115-126. 2007.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CHAVES, M. M. N.; EGRY, E. Y. Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 729-735, 2013.

CNM, CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. Estudo Técnico dos leitos hospitalares no SUS, 2018 Disponível em: <https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/3622> . Acesso em: 22/10/2018

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Editora Fiocruz, 2006. p. 563-613.

CRESPO, A. **A Estatística Fácil**, 17 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2002.

FERREIRA, J. B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p.45-56, 2014.

FIGUEIREDO, J. O. et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 37-47, 2018.

FLEURY, S. **Estados sem cidadãos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M. Política de Saúde; Uma Política Social. In: GIOVANELLA, I, et al. (Orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 25 – 57.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Modelo de OSs na saúde avança com menor custo mas é alvo de polêmica**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/06/modelo-de-oss-na-saude-avanca-com-menor-custo-mas-e-alvo-de-polemica.shtml>. Acesso em: 18/10/2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas .2008.

GOVERNO DO BRASIL. Sistema Único de Saúde financia 95% dos transplantes no Brasil. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/01/sistema-unico-de-saude-financia-95-dos-transplantes-no-brasil>. Acesso em: 08/10/2018.

HÖFLING, E.M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, 2001.

IBGE, **Tábuas Completas de Mortalidade 2015**. 2015. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2015/default.shtm>. Acesso em: 15/10/2018.

IPEA, 2018. Retrato das Desigualdades. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_populacao.html. Acesso em: 05/10/2018.

LOBATO, L. D. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S. LOBATO, L. V. C. NORONHA, J. C. CARVALHO, A. I., (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 89–101.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MENDES E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

_____. **O sistema de serviços de saúde no Brasil**. Brasília: OPS, 1998.

MENDES, A. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015.

MENDES, A.; RÓZSA FUNCIA, F. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES. 2016.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.491-505, 2015.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017.

NETTO, J. P. O Materialismo Histórico como Instrumento de Análise das Políticas Sociais. In: NOGUERIA, F. M. G.; RIZZOTTO, M. L. F. (Orgs.). **Estado e Políticas Sociais: Brasil - Paraná**. Cascavel: Edunioeste, 2003. p. 11 – 28.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 6 Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

OCKÉ-REIS, C. O.; SOPHIA, D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. **Rev. Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 72-79. 2009.

OLIVEIRA, J. M., A importância e o desafio da boa gestão na saúde pública. Consultor Jurídico, 5 de junho de 2018. Disponível em: https://www.portal.ufpr.br/tutoriais/tutoriais_normaliza/referencia_exemplo.pdf. Acesso em: 20/10/2018.

OLIVEIRA, E. X. G. et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3649-3664. 2011.

OMS, O. M. D. S. **Banco de Dados de despesa da Saúde Global**. 2011.OMS. World Health Organization. Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of current health expenditure (CHE) (%). 2015. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.HEALTHFINANCING?lang=en>>. Acesso em: 20/04/2016.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377 n. 9779, p. 1778 -1797. 2011.

PAIVA, B. A. **A Política de financiamento da Assistência Social: A Imprecisa Tradução da LOAS**. 463 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

RAKSA, V.P. **A regionalização como instrumento de governança pública em saúde no Estado do Paraná**: análise dos vazios assistenciais como subsídio à

ação do estado. 127 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

REIS, J. R. F. **Sociedade, estado e direito à saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 15-61.

RIZZOTTO, M. L. F. **Capitalismo e Saúde no Brasil nos Anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2012. 238 p.

_____. **O banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J. H. G., KEHRIG, R. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1095 – 1115. 2015.

SANTOS N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p. 1729-1736. 2018.

_____. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273–280. 2013.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev Saúde Pública** 2014, v. 48, n .4, p. 622-631.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p.1431-1440, 2008.

SANTOS, L. Administração pública e a gestão da saúde. In: Nelson Rodrigues dos SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.) **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**, Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

_____. Dilemas, desafios e limites do SUS. In: OLIVEIRA, N.A. (Ed.) **Direito Sanitário: Oportuna Discussão via Coletânea de textos do 'blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania'**. 1.ed. Brasília: ANVISA, CONASEMS, CONASS. 2012.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SESA, 2013. Rede Paraná Urgência. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/DiogoPracz/EncontroGestores/Oficina04/Re dePRUrgencias.pdf>. Acesso em: 15/10/2018.

SESA, PARANÁ. Lei da Complementariedade: perguntas e respostas. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/COMPLEMENTARIDADE.pdf> Acessado em: 30/10/2018

SILVA, C.R; et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 4, p.1109-1120, 2017.

SILVA, W. W. **Do vagabundo ao cidadão = uma discussão sobre a construção da proteção social na Inglaterra**. 102 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2010.

SOARES A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde Debate**, v. 38, n. 100, p. 18-25. 2014.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Eds.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 547-576

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. D. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 953 – 972. 2010.

STENZEL, A. C. B. **Atemática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. 289f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

TEIXEIRA, C. F. S.; PAIM, J.S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 11-21, 2018.

TEIXEIRA, S. M. F. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. **Revista de Administração Pública**, v. 21, n. 4, p. 94-115, 1987.

TRAVAGIN, L. B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 995-1006, 2017.
VASCONCELOS, C. D.; PASCHE, D. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 3 ed. Hucitec-Ed. Fiocruz, São Paulo-Rio de Janeiro. 2007. p. 531–562.

VIACAVA, F et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p.1751-1762, 2018.

VIANA, A. L.; BATISTA, T. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2012. p. 65-106.

YASUDA, A. M. **A Estratégia de Saúde da Família e as interações por condições sensíveis à Atenção Primária**, Dissertação de mestrado - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

ZIMMERMANN, C. R.; ANDRADE, F. F. Sistemas de proteção social e o SUAS: análise de um sistema em construção. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n.1, p. 65-78, 2008.

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS – SIA/SUS

VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA A COLETA DE DADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAL DO SUS NOS ANOS DE 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 E 2015.

Patologia Clínica					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Item de programação 10/99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	1995 1999	Patologia Clínica
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Grupo de Procedimento após 10/99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Patologia Clínica
Por local de atendimento a partir de 2008	Subgrupo de Procedimento	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2011 2015	Diagnóstico em laboratório

Endoscopia Digestiva					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Procedimento até 10/99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	1995 1999	Endoscopia digestiva diagnóstica I Endoscopia digestiva diagnóstica II Endoscopia digestiva terapêutica
Por local de atendimento de 1994 a 2008	Procedimento após 10/99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Colonoscopia Esofagoscopia Gastro-duodenoscopia Ileoscopia Retosigmoidoscopia
Por local de atendimento a partir de 2008	Subgrupo de Procedimento	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2011 2015	Diagnóstico por endoscopia

Mamografia					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Procedimento até 10/99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	1995 1999	Mamografia
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Procedimento após 10/99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Mamografia
Por local de atendimento a partir de 2008	Procedimento	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2011 2015	Mamografia Mamografia Bilateral para rastreamento
Radiodiagnóstico					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Item de Programação até 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	1995 1999	Radiodiagnóstico
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Grupo após 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Radiodiagnóstico
Por local de atendimento a partir de 2008	Subgrupo de Procedimento	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2011 2015	Diagnóstico por radiologia
Ultrassonografia					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Procedimento até 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	1995 1999	Ultra/Sonográfica

(continua)

(conclusão)

Ultrassonografia					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Grupo após 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Exames Ultra-sonográficos
Por local de atendimento a partir de 2008	Subgrupo de Procedimento	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2011 2015	Diagnóstico por ultrassonografia
Tomografia					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Item de Programação até 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	1995 1999	Tomografias – todos os procedimentos com este termo
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Procedimento após 10/99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Tomografia Computadorizada
Por local de atendimento a partir de 2008	Subgrupo de Procedimento	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2011 2015	Diagnóstico por tomografia

(continua)

Ressonância Magnética					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Procedimento até 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	1995 ¹ 1999	Ressonância - todos os procedimentos com este termo

¹Não haviam dados registrados.

(conclusão)

Ressonância Magnética					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Grupo após 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Ressonância Magnética
Por local de atendimento a partir de 2008	Subgrupo de Procedimento	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2011 2015	Diagnóstico por Ressonância Magnética

(continua)

Consulta médica especializada					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Procedimento até 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	1995 ² 1999	Consulta para outras atividades profissionais médicas 1999 Consulta médica Não PAB
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Procedimento após 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Atend. médico c/observação até 24 horas Atend. pré-hospitalar emergência/trauma ii Parecer para estabelecimento de nexos causa Atend. médicoespecializ. urgência/emergência Atend. altapac.submet.trat.tuberc.autoadm Atend.altapac.submet.trat.tuberc.supervis Parecer p/ estab. de nexos causal em srst Atend.ao acidentado do trabalho Consulta em alergia e imunologia Consulta em angiologia Consulta oncologia s/quimioter.1ªcons./seg

²Antes de janeiro de 1998 o procedimento 040-Consulta Médica incluía tanto atividades de Assistência Básica como de Média e Alta Complexidade.

(continuação)

Consulta médica especializada				
Opção Seleccionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)
Por local de atendimento de 1994 a 2007				Consulta em cardiologia
				Consulta em cirurg. Da cabeça e pescoço
				Consulta em cirurgia geral
				Consulta em cirurgia pediátrica
				Consulta em cirurgia plástica
				Consulta em cirurgia torácica
				Consulta em cirurgia vascular
				Consulta em dermatologia
				Consulta em endocrinologia e metabologia
				Consulta em fisioterapia
				Consulta em gastroenterologia
				Consulta em genética clínica
				Consulta em geriatria
				Consulta em hematologia
				Consulta em homeopatia
				Consulta em infectologia
				Consulta medic.trabalho s/estab.nexo causa
				Consulta em nefrologia
				Consulta em neurocirurgia
				Consulta em neurologia
				Consulta em oftalmologia
				Consulta em ortopedia
				Consulta em otorrinolaringologia
				Consulta em pneumologia
				Consulta em proctologia
				Consulta em psiquiatria
				Consulta em reumatologia
				Consulta em tisiologia

Consulta médica especializada						(conclusão)
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha	
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Procedimento após 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Consulta em urologia	
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Procedimento após 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Consulta médica em acupuntura Consulta para hanseníase Consulta pré anestésica Consulta ortopedica imobilizaçao provisori Consulta em mastologia Cons. medic. trab. s/estab. nexa causal em SRS	
Por local de atendimento a partir de 2008	Procedimento	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2011 2015	Cirurgia do ouvido – II, III (repete 1x), IV Cirurgia de ouvido (em pacientes com deformidades) (repete 1x) Cirurgia do nariz – III, IV e V Cirurgia da faringe – I e II Cirurgia da faringe – II Cirurgia otorrinolaringológica (em pacientes com deformidades) Cirurgia da laringe – II, III e V Cirurgia ortopédica e traumatológica da face, cirurgia de nariz (em pacientes com deformidades c)	

Órteses e Próteses					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Item de Programação até 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	1995 1999	Prótese e Órtese
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Grupo de Procedimento após 10/99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Próteses e Órteses
Por local de atendimento a partir de 2008	Grupo de Procedimento	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2011 2015	Órteses, próteses e materiais especiais
Radioterapia e Quimioterapia					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Item de Programação até 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	1995 1999	Radioterapia Quimioterapia
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Grupo de Procedimento após 10/99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Radioterapia (por especificação) Quimioterapia (custo mensal)
Por local de atendimento a partir de 2008	Subgrupo de Procedimento	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2011 2015	Tratamento em Oncologia – Está excluída cirurgia oncológica
Terapia Renal Substitutiva					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Item de Programação até 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	1995 1999	Terapia Renal Substitutiva
Por local de atendimento de 1994 a 2007	Grupo após 99	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2003 2007	Terapia Renal Substitutiva

(continua)

Terapia Renal Substitutiva						(conclusão)
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha	
Por local de atendimento a partir de 2008	Subgrupo de Procedimento	Tipo prestador	Quantidade aprovada	2011	Tratamento em nefrologia	
				2015		

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS – SIH/SUS

VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA A COLETA DE DADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS NOS ANOS DE 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 E 2014.

Internações por Regime					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de residência de 1995 a 2007	Tipo de Regime	Ano de processamento	Internações	1995	
				1999	
				2003	
				2007	
Por local de residência – a partir de 2008	Tipo de Regime	Ano de processamento	Internações	2011	
				2015	
Média Permanência por Regime					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de residência de 1995 a 2007	Tipo de Regime	Ano de processamento	Média de Permanência	1995	
				1999	
				2003	
				2007	
Por local de residência – a partir de 2008	Tipo de Regime	Ano de processamento	Média de Permanência	2011	
				2015	

Valor Médio AIH por Regime				
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)
Por local de residência de 1995 a 2007	Tipo de Regime	Ano de processamento	Valor Médio AIH	1995
				1999
				2003
				2007
Por local de residência – a partir de 2008	Tipo de Regime	Ano de processamento	Valor Médio AIH	2011
				2015

PROCEDIMIENTOS CIRURGICOS

Cirurgias Otorrinolaringologia					(continua)
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Procedimentos selecionados
Por local de residência de 1995 a 2007	Grupo Procedimento	Tipo de Regime	Internações	1995	Cirurgia do ouvido – II, III e IV
				1999	Cirurgia de ouvido (em pacientes com deformidades) (repete 1x)
				2003	Cirurgia do nariz – III, IV e V
				2007	Cirurgia da faringe – I e II
					Cirurgia otorrinolaringológica (em pacientes com d)
					Cirurgia da laringe - II, III e V
					Cirurgia ortopédica e traumatológica da face, cirurgia de nariz (em pacientes com deformidades c)

(conclusão)

Cirurgias Otorrinolaringologia				
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)
Por local de residência – a partir de 2008	Subgrupo de Procedimentos	Regime	Internações	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço

(continua)

Cirurgias Gastrointestinais							
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)			
Por local de residência de 1995 a 2007	Grupo procedimento	Tipo de regime	Internações	1995			
				1999			
				2003			
				2007			
				Item selecionado da linha			
				Cirurgia do Esôfago – IV			
				Cirurgia do Esôfago – V			
				Cirurgia do Estomago- III e IV			
				Cirurgia dos Intestinos – II, III, IV e V			
				Cirurgia de Estomago - V			
				Cirurgia do Anus – I e III			
				Cirurgia do Fígado e Vias Biliares – III, IV e V			
				Cirurgia Do Pâncreas e Baço – IV			
				Cirurgia Do Pâncreas – V			
				Cirurgia Do Abdome – II, III e IV			
				Cirurgia De Hérnia Inguinal Unilateral e Bilateral			
Cirurgia Videolaparoscópica - Esôfago I							
CirurgiaVideolaparoscópica – Estomago I e II							
Cirurgia Videolaparoscópica - Intestino I, II, III e IV							
Cirurgia Videolaparoscópica - Fígado I							
Cirurgia Videolaparoscópica - Pâncreas I							
Cirurgia Videolaparoscópica - Abdômen I							
Cirurgia Videolaparoscópica - Abdômen II							

(conclusão)

Cirurgias Gastrointestinais					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de residência – a partir de 2008	Subgrupo de procedimento	Regime	Internações	2011 2015	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal
Cirurgias Neurológicas					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de residência – a partir de 2008	Subgrupo de Procedimento	Regime	Internações	2011 2015	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico
Cirurgias Oftalmológicas					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de residência de 1995 a 2007	Grupo Procedimento	Tipo de Regime	Internações	1995 1999 2003 2007	Cirurgia do olho – I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII e IX
Por local de residência – a partir de 2008	Subgrupo de procedimento	Regime	Internações	2011 2015	Cirurgia do aparelho da visão

(continua)

Cirurgias Ortopédicas				
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)
Por local de residência de 1995 a 2007				Cirurgia ortopédica e traumatológica da face Politraumatizado
				Redução incruenta de fraturas e luxações, II, III e IV
				Procedimentos sequenciais da coluna em ortopedia
				Tratamento cirúrgico na coluna vertebral - IV, V e VI
				Tratamento cirúrgico de fraturas no torax – II e IV
				Cirurgia na cintura escapular - II, IV e V
				Tratamento cirúrgico na articulação escapulo úmera
				Tratamento cir na articulação escapulo umeral – IV
				Reparação de lesão do plexo braquial
				Tratamento cirúrgico no braço e úmero – III, IV e V
				Tratamento cirúrgico no cotovelo – II, III, IV e V
				Tratamento cirúrgico no antebraço - III, IV e V
				Tratamento cirúrgico no punho – II, III, IV, e V
				Tratamento cirúrgico na mão – II, III, IV e V
				Tratamento cirúrgico na cintura pélvica - II, IV e V
				Tratamento cirúrgico na articulação coxo-femural (repete 3x), V
				Tratamento cirúrgico do fêmur – III e IV

(continuação)

Cirurgias Ortopédicas					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de residência de 1995 a 2007					Revisão e/ou reconstrução de quadril
					Tratamento cirúrgico na articulação do joelho – II (repete 2x), IV e VI
					Revisão e/ou reconstrução de joelho
					Tratamento cirúrgico na perna - III, IV e V
					Tratamento cirúrgico na articulação do tornozelo – (repete 2x), V
					Tratamento cirúrgico no pé - II, III, IV e V
					Tratamento cirúrgico nos músculos e tendões – II
					Tratamento cirúrgico nos músculos – III e IV
					Tratamento cirúrgico nos tendões, bainhas e cava (repete 3x)
				1995	
				1999	
				2003	
				2007	
			Internações		
					Retirada de corpo estranho – III e IV
					Retirada de prótese – II
					Retirada de prótese e materiais de síntese – III e IV
					Tumores ósseos - III
					Tratamento de tumores ósseo V
					Reimplante
					Micro cirurgia: reimplante
					Enxerto ósseo vascular
					Micro cirurgia: reimplante (repete 1x)
					Enxerto ósseo vascular
					Revisão de coto amputado III
					Retalho micro cirúrgico
					Enxerto ósseo vascularizado
					Vídeo endoscopia

(conclusão)

Cirurgias Ortopédicas					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de residência de 1995 a 2007	Grupo Procedimento	Tipo de Regime	Internações	1995	Tratamento cirúrgico das infecções osteo-articular
				1999	
				2003	Tratamento cirúrgico das infecções osteo-articular (repete 1x)
				2007	
Por local de residência – a partir de 2008	Procedimentos	Regime	Internações	2011 2015	Cirurgia do sistema osteomuscular

Cirurgias Oncológicas					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de residência de 1995 a 2007	Grupo Procedimento	Tipo de Regime	Internações	1995	Cirurgia oncológica - I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV e XV Radioterapia cirúrgica Radioterapia cirúrgica – II
				1999	
				2003	
				2007	
Por local de residência – a partir de 2008	Procedimentos	Regime	Internações	2011 2015	Cirurgia em oncologia

(continua)

Procedimentos de transplante					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de residência de 1995 a 2007	Procedimentos	Tipo de Regime	Internações	1995	Transplante renal receptor (doador vivo) Transplante renal receptor - doador cadáver Transplante de esclera Transplante de periósteo em escleromalacia
				1999	
				2003	
				2007	

(continuação)

Procedimentos de transplante					
Opção Seleccionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item seleccionado da linha
Por local de residência de 1995 a 2007	Procedimentos	Tipo de Regime	Internações	1995 1999 2003 2007	Transplante de córnea
					Transplante de córnea em reoperacoes
					Transplante de córnea em cirurgias combinadas
					Transplantes com microanastomose vascular musculo-cutaneos
					Transplantes com microanastomose vascular osteo-musculo-cutaneos
					Videoscopia para síntese
					Reconstrução ou transplante de estruturas intra
					Videoscopia para reconstrução ou transplante de estruturas em articulac
					Transplante do halux para o polegar
					Transplante do 2o. Pododactilio para o polegar ou para qualquer outro dedo
					Transplante de menisco
					Transplante de menisco
					Transplante de coração
					Transplante de fígado
					Transplante de medula alogénica aparentado
					Transplante de medula de pulmão
Transplante de medula óssea antologo					
Transplante de medula óssea alogénica não aparentado					
Transplante simultâneo de pâncreas e rim					
Transplante de pâncreas após rim					
Transplante de pâncreas isolado					
Transplante de medula óssea – autogenico					
(conclusão)					

Procedimentos de transplante					
Opção Seleccionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item seleccionado da linha
Por local de residência de 1995 a 2007	Procedimentos	Tipo de Regime	Internações	1995 1999 2003 2007	Transplante de medula óssea - alogénico aparentado
					Transplante de medula óssea - alogénico não aparentado
					Transplante de células progenitoras de medula óssea - autogénico,
					Transplante de células progenitoras de medula óssea - alogénico aparentado
					Transplante de células progenitoras de medula óssea - alogénico aparentado
					Transplante de células progenitoras de medula óssea - alogénico não aparentado
					Transplante de células progenitoras de medula óssea - alogénico não aparentado
					Transplante de fígado receptor - doador vivo
					Retransplante de coração
					Retransplante de fígado
Por local de residência – a partir de 2008	Subgrupo de procedimentos	Regime	Internações	2011 2015	Retransplante de pulmão
					Transplante de segmento venoso valvulado
					Transplante de órgãos, tecidos e células

(continua)

Cirurgias cardiovasculares					
Opção Seleccionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item seleccionado da linha
Por local de residência de 1995 a 2007					Marca passos - troca de gerador
					Cirurgia do coração e pericárdio – IV
					Valvoplastia e angioplastia cardíacas
					Cirurgia cardiopatia congénita sem uso de extracor
					Cirurgia cardiopatia congénita com uso de extracor
					Implante de cardioversor desfibrilador
					Cirurgia de revascularizacaocirurgica miocárdica
					Cirurgia valvar
					Cirurgia de correção de cardiopatia congénita sem
					Cirurgia de correção de cardiopatia congénita com
				1995 1999 2003	Cirurgia de correções de cardiopatia congénita
					Cirurgia de cardiopatia congénita com uso de extra
					Procedimentos para suporte cardiocirculatório
					Tratamento de doenças da aorta com uso de circulas
					Trauma/urgência cardíaca
					Procedimentos não invasivos – I e II
					Cirurgia do sistema linfático – I e III
					Cirurgia das artérias e veias - I, II, III, IV e VI
					Cirurgia de varizes de membros inferiores unilater

(conclusão)

Cirurgias cardiovasculares					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de residência de 1995 a 2007	Grupo Procedimento	Tipo de Regime	Internações	1995	Cirurgia de varizes de membros inferiores bilatera
				1999	Angioplastias endovascularesextracardíacas
				2003	Colocação percutânea de filtro de veia cava
					Procedimentos hemodinâmicos infantis
Por local de residência de 1995 a 2007	Cirurgias cardíacas	Tipo de Regime	Internações	2007	Cirurgia cardiovascular adulto
					Cirurgia cardiovascular pediátrica
					Cirurgia cardiovascular adulto e pediátrica Marcapasso
					Cirurgia vascular Cardiologia intervencionista Procedimentos endovasculares
Por local de residência – a partir de 2008	Subgrupo de procedimentos	Regime	Internações	2011 2015	Cirurgia do aparelho circulatório

(continua)

Internações por procedimento obstétrico por regime					
Opção Selecionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item selecionado da linha
Por local de residência de 1995 a 2007	Regime	Procedimento Obstétrico	Internações	1995	Parto normal Partos cesáreos
				1999	
				2003	
				2007	
Por local de residência – a partir de 2008	Procedimentos	Regime	Internações	2011	Parto normal
				2015	Parto normal em gestação de alto risco Parto normal em centro de parto normal (CPN)

Internações por procedimento obstétrico por regime						(conclusão)
Opção Seleccionada	Linha	Coluna	Conteúdo	Período (todos os meses)	Item seleccionado da linha	
Por local de residência – a partir de 2008	Procedimentos	Regime	Internações	2011	Parto cesariano em gestação de alto risco	
				2015	Parto cesariano	
					Parto cesariano c/ laqueadura tubaria	

APÊNDICE 3

TABELA 1- QUANTIDADE DE EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA POR TIPO DE PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	0	1.700	395.950	900.107	1.008.548	876.006
	Estadual	177.844	151.709	542.260	824.639	1.119.697	1.356.101
	Municipal	2.941.648	3.179.935	5.555.772	7.137.293	10.268.560	12.965.349
	Universitários	992.381	138.466	595.234	0	0	0
	Total	4.111.873 (69,86%)	3.471.810 (65,16%)	7.089.216 (64,4%)	8.862.039 (60,34%)	12.396.805 (59,81%)	15.197.456 (62,4%)
Privado	Com fins lucrativos	1.285.384	1.477.457	2.824.229	3.871.548	5.097.396	5.534.572
	Sem fins lucrativos	471.210	370.391	399.804	147.515	346.921	300.107
	Optante SIMPLES	0	0	103.420	424.095	678.288	1.010.836
	Filantropico c/ CNAS	0	0	499.354	1.374.845	2.199.891	2.309.166
	Universitários	0	0	86.494	0	0	0
	Sindicatos	17.418	8.070	5.196	6.034	6.162	4.233
	Total	1.774.012 (30,14%)	1.855.918 (34,84%)	3.918.497 (35,6%)	5.824.037 (39,66%)	8.328.658 (40,19%)	9.158.914 (37,6%)
Total Geral		5.885.885	5.327.728	11.007.713	14.686.076	20.725.463	24.356.370

TABELA 2 - QUANTIDADE DE EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA POR TIPO DE PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	4.832.737	3.368.079	10.402.504	17.698.897	17.238.921	16.416.808
	Estadual	29.359.799	28.621.230	52.577.962	66.192.800	87.676.827	92.195.784
	Municipal	39.798.397	51.622.596	96.875.847	149.199.736	207.742.310	203.915.421

(continua)

Tipo de Prestador		ANO						(conclusão)
		1995	1999	2003	2007	2011	2015	
Público	Universitários	22.430.572	18.869.883	11.561.861	0	0	0	
	Total	96.421.505 (60,95%)	102.481.788 (63,7%)	171.418.174 (62,65%)	233.091.433 (62,4%)	312.658.058 (61,79%)	312.528.013 (60,09%)	
Privado	Com fins lucrativos	42.644.750	38.763.241	62.898.778	77.244.119	107.924.146	113.349.378	
	Sem fins lucrativos	18.646.557	19.391.481	18.201.043	7.606.808	8.896.169	7.643.683	
	Optante SIMPLES	0	0	2.358.325	9.622.958	13.547.957	16.745.474	
	Filantropico c/ CNAS	0	0	16.279.538	45.897.471	62.960.220	69.748.717	
	Universitários	0	0	2.279.437	0	0	0	
	Sindicatos	480.429	252.774	192.800	59.792	35.117	46.381	
	Total	61.771.736 (39,05%)	58.407.496 (36,3%)	102.209.921 (37,35%)	140.431.148 (37,6%)	193.363.609 (38,21%)	207.533.633 (39,91%)	
	Total Geral	158.193.241	160.889.284	273.628.095	373.522.581	506.021.667	520.061.646	

TABELA 3 - QUANTIDADE DE EXAMES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA POR TIPO DE PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO						(continua)
		1995	1999	2003	2007	2011	2015	
Público	Federal	0	0	1.464	4.401	3.921	3.888	
	Estadual	1.204	642	2.492	1.504	4.233	4.970	
	Municipal	9.933	9.368	11.398	10.661	14.323	20.316	
	Universitários	8.369	6.297	2.425	0	0	0	
	Total	19.506 (38,9%)	16.307 (42%)	17.779 (35%)	16.566 (25%)	22.477 (26%)	29.174 (41%)	
Privado	Com fins lucrativos	26.924	18.260	24.476	30.609	29.146	20.635	
	Sem fins lucrativos	3.700	3.806	3.313	5.685	7.600	3.093	

Tipo de Prestador		ANO						(conclusão)
		1995	1999	2003	2007	2011	2015	
Privado	Optante SIMPLES	0	0	130	300	1.988	2.354	
	Filantropico c/ CNAS	0	0	3.552	12.687	25.360	16.471	
	Universitários	0	0	1.708	0	0	0	
	Total	30.624 (61,1%)	22.066 (57,5%)	33.179 (65%)	49.281 (75%)	64.094 (74%)	42.553 (59%)	
	Total Geral	50.130	38.373	50.958	65.847	86.571	71.727	

TABELA 4 - QUANTIDADE DE EXAMES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA POR TIPO DE PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	14.170	12.504	61.524	69.069	91.695	86.086
	Estadual	81.081	95.742	252.838	259.166	393.747	466.186
	Municipal	88.551	134.662	272.332	504.890	284.791	324.964
	Universitários	165.365	155.859	84.353	-	-	-
	Total	349.167 (41,88%)	398.767 (57,95%)	671.047 (55,47%)	833.125 (60,10%)	770.233 (49,53%)	877.236 (57,48%)
Privado	Com fins lucrativos	319.345	188.657	297.544	262.039	280.546	219.509
	Sem fins lucrativos	165.123	100.649	110.201	49.357	76.828	34.084
	Optante SIMPLES	0	0	14.709	36.063	45.340	38.764
	Filantropico c/ CNAS	0	0	94.714	205.750	381.683	356.437
	Universitários	0	0	21.517	0	0	0
Privado	Sindicatos	1.633	248	0	0	0	0
	Total	486.101 (58,2%)	289.554 (42,07%)	538.685 (44,53%)	553.209 (39,9%)	784.397 (50,46%)	648.794 (42,52%)
	Total Geral	835.268	688.321	1.209.732	1.386.334	1.554.630	1.526.030

TABELA 5 - QUANTIDADE DE EXAMES DE RADIOLÓGICO POR TIPO DE PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	0	1.138	37.005	61.324	47.217	45.609
	Estadual	40.999	41.390	125.767	136.495	221.704	278.319
	Municipal	193.985	287.724	487.659	472.691	762.169	1.144.912
	Universitários	234.084	248.634	61.985	0	0	0
	Total	469.068 (58,66%)	578.886 (66,23%)	712.416 (47,11%)	670.510 (34,75%)	1.031.090 (40%)	1.468.840 (61,07%)
	Com fins lucrativos	245.614	205.804	398.565	604.592	615.117	358.078
Privado	Sem fins lucrativos	84.042	88.449	168.658	100.573	163.611	57.434
	Optante SIMPLES	0	0	8.911	14.971	2.954	41.593
	Filantropico c/ CNAS	0	0	183.079	537.659	764.441	478.883
	Universitários	0	0	40.145	0	0	0
	Sindicatos	862	908	355	1.174	492	432
	Total	330.518 (41,34%)	295.161 (33,77%)	799.713 (52,89%)	1.258.969 (65,25%)	1.546.615 (60%)	936.420 (38,93%)
Total Geral		799.586	874.047	1.512.129	1.929.479	2.577.705	2.405.260

TABELA 6 - QUANTIDADE DE EXAMES DE RADIOLÓGICO POR TIPO DE PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	539.796	460.431	1.110.713	1.514.168	1.196.811	873.167
	Estadual	3.721.411	3.988.912	7.245.719	9.544.054	11.458.845	10.086.644
	Municipal	5.227.367	6.960.818	13.435.737	17.542.670	26.625.313	24.746.947
	Universitários	3.369.331	3.054.067	1.076.427	0	0	0

(continua)

(conclusão)

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Total	12.857.905 (53,81%)	14.464.228 (61,62%)	22.868.596 (60,65%)	28.600.892 (61,3%)	39.280.969 (65,77%)	35.706.758 (68,39%)
	Com fins lucrativos	5.315.762	3.893.125	4.997.119	5.700.720	6.329.477	4.534.096
	Sem fins lucrativos	5.664.254	5.105.539	4.618.397	1.775.934	1.733.305	1.249.126
	Optante SIMPLES	0	0	235.213	533.829	631.841	852.101
Privado	Filantropico c/ CNAS	0	0	4.288.147	10.032.171	11.733.193	9.866.318
	Universitários	0	0	680.768	0	0	0
	Sindicatos	59.205	11.799	17.113	11.044	12.196	3.768
	Total	11039221 (46,19%)	9010463 (38,38%)	14836757 (39,35%)	18053698 (38,7%)	20440012 (34,23%)	16505409 (31,61%)
Total Geral		23897126	23474691	37705353	46654590	59720981	52212167

TABELA 7 - QUANTIDADE DE EXAMES DE MAMOGRAFIA POR TIPO DE PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

(continua)

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	0	0	3.125	4.149	2.625	1.457
	Estadual	1.204	39	7.253	5.578	5.974	10.357
	Municipal	457	3.005	14.640	11.000	25.391	10.426
	Universitários	2.389	3.491	3.212	0	0	0
	Total	4.050 (24,84%)	6.535 (30%)	28.230 (25%)	20.727 (11%)	33.990 (10%)	22.240 (8%)
Privado	Com fins lucrativos	10.266	12.848	53.937	101.995	189.940	163.944
	Sem fins lucrativos	1.990	2.080	13.301	12.402	18.744	3.894
	Optante SIMPLES	0	0	1.918	6.521	14.275	11.980
	Filantropico c/ CNAS	0	0	13.204	50.079	90.328	69.806

Tipo de Prestador		ANO					(conclusão)
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Privado	Universitários	0	0	1.649	0	0	0
	Total	12.256 (75,16%)	14.928 (69,55%)	84.009 (74,85%)	170.997 (89,19%)	313.287 (90,21%)	249.624 (91,82%)
	Total Geral	16.306	21.463	112.239	191.724	347.277	271.864

TABELA 8 - QUANTIDADE DE EXAMES DE MAMOGRAFIA POR TIPO DE PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO				
		1995	1999	2003	2007	2011
Público	Federal	25.817	21.266	72.991	90.023	59.653
	Estadual	41.269	63.519	201.923	323.641	401.140
	Municipal	11.452	58.758	246.352	520.272	703.002
	Universitários	63.058	140.828	60.505	0	0
	Total	141596 (24,01%)	16307 (42%)	17779 (35%)	16566 (25%)	22477 (26%)
	Com fins lucrativos	328.506	381.765	819.843	1.010.705	1.357.782
Privado	Sem fins lucrativos	119.627	179.373	251.854	157.854	132.386
	Optante SIMPLES	0	0	49.167	100.106	173.610
	Filantropico c/ CNAS	0	0	278.626	650.266	1.128.791
	Universitários	0	0	46.552	0	0
	Total	448.133 (75,99%)	561.138 (66,37%)	1.446.042 (71,31%)	1.918.931 (67,26%)	2.792.569 (70,58%)
	Total Geral	589.729	845.509	2.027.813	2.852.867	3.956.364

TABELA 9 - QUANTIDADE DE EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA POR TIPO DE PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	0	0	2.669	6.445	6.922	7.147
	Estadual	3	0	983	2.104	8.954	21.862
	Municipal	690	1.169	2.063	1.086	4.644	27.185
	Universitários	8.611	9.376	2.637	0	0	0
	Total	9.304 (41,13%)	10.545 (46,65%)	8.352 (21,49%)	9.635 (17,18%)	20.520 (19,82%)	56.194 (34,7%)
	Com fins lucrativos	10.938	8.844	14.449	17.187	25.401	43.637
	Sem fins lucrativos	2.381	3.214	6.411	3.645	7.428	2.146
	Optante SIMPLES	0	0	258	0	558	736
	Filantropico c/ CNAS	0	0	7.504	25.625	49.631	59.250
	Universitários	0	0	1.884	0	0	0
Privado	Sindicatos	0	0	0	0	0	0
	Total	13.319 (58,87%)	12.058 (53,35%)	30.506 (78,51%)	46.457 (82,82%)	83.018 (80,18%)	105.769 (65,3%)
	Total Geral	22.623	22.603	38.858	56.092	103.538	161.963

TABELA 10 - QUANTIDADE DE EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIAS POR TIPO DE PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	109.595	80.838	326.091	417.102	326.459	310.988
	Estadual	525.123	746.713	1.534.677	1.971.826	2.400.922	2.633.545
	Municipal	707.560	1.292.292	3.334.267	4.770.900	5.043.844	4.848.615
	Universitários	710.111	659.466	393.661	0	0	0
	Total	2052389 (46,66%)	2779309 (59,78%)	5588696 (63,41%)	7159828 (62,36%)	7771225 (58,62%)	7793148 (60,51%)

(continua)

Tipo de Prestador		ANO						(conclusão)
		1995	1999	2003	2007	2011	2015	
Privado	Com fins lucrativos	1.523.270	1.231.507	1.815.216	2.231.522	2.738.821	2.273.690	
	Sem fins lucrativos	817.470	634.594	665.543	448.736	466.545	326.362	
	Optante SIMPLES	0	0	67.026	216.777	251.008	277.514	
	Filantropico c/ CNAS	0	0	558.197	1.424.613	2.028.162	2.206.922	
	Universitários	0	0	114.865	0	0	0	
	Total	5.919	3.577	4.272	0	426	1.765	
	Total Geral	2.346.659 (53,34%)	1.869.678 (40,22%)	3.225.119 (36,59%)	4.321.648 (37,64%)	5.484.962 (41,38%)	5.086.253 (39,49%)	

TABELA 11 - QUANTIDADE DE EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR TIPO DE PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015 (continua)

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	0	0	2.669	6.445	6.922	7.147
	Estadual	3	0	983	2.104	8.954	21.862
	Municipal	690	1.169	2.063	1.086	4.644	27.185
	Universitários	8.611	9.376	2.637	0	0	0
	Total	9.304 (41,13%)	10.545 (46,65%)	8.352 (21,49%)	9.635 (17,18%)	20.520 (19,82%)	56.194 (34,7%)
Privado	Com fins lucrativos	10.938	8.844	14.449	17.187	25.401	43.637
	Sem fins lucrativos	2.381	3.214	6.411	3.645	7.428	2.146
	Optante SIMPLES	0	0	258	0	558	736
	Filantropico c/ CNAS	0	0	7.504	25.625	49.631	59.250
	Universitários	0	0	1.884	0	0	0
	Sindicatos	0	0	0	0	0	0

(conclusão)

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Privado	Total	13.319 (58,87%)	12.058 (53,35%)	30.506 (78,51%)	46.457 (82,82%)	83.018 (80,18%)	105.769 (65,3%)
	Total Geral	22.623	22.603	38.858	56.092	103.538	161.963

TABELA 12 - QUANTIDADE DE EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR TIPO DE PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	22.139	21.837	58.333	100.632	125.624	145.657
	Estadual	48.563	113.451	178.152	352.369	773.663	1.142.655
	Municipal	42.137	60.314	90.535	136.976	323.205	530.469
	Universitários	130.541	87.393	52.233	0	0	0
	Total	243.380 (41,24%)	282.995 (46,14%)	379.253 (38,91%)	589.977 (42,57%)	1.222.492 (47,82%)	1.818.781 (54,73%)
Privado	Com fins lucrativos	210.367	167.620	247.822	301.359	445.951	429.628
	Sem fins lucrativos	134.936	162.689	159.509	77.013	88.622	94.961
	Optante SIMPLES	0	0	12.408	24.715	35.934	38.646
	Filantropico c/ CNAS	0	0	153.092	392.908	763.645	940.930
	Universitários	0	0	22.725	0	0	0
	Sindicatos	1.532	0	0	0	0	0
	Total	346.835 (58,76%)	330.309 (53,86%)	595.556 (61,09%)	795.995 (57,43%)	1.334.152 (52,18%)	1.504.165 (45,27%)
	Total Geral	590.215	613.304	974.809	1.385.972	2.556.644	3.322.946

TABELA 13- QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OFERTADA PELO SUS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL NOS ANOS DE 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 E 2015 POR TIPO DE PRESTADOR NO PARANÁ.

Tipo de Prestador		ANO					
		1995 ³	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	0	0	0	1.070	1.008	1.007
	Estadual	0	0	0	91	427	1.742
	Municipal	0	0	168	0	374	3.789
	Universitários	0	7	16	0	0	0
	Total	0	7 (6,09%)	184 (36,44%)	1.161 (22,03%)	1.809 (8,49%)	6.538 (16,56%)
Privado	Com fins lucrativos	0	0	304	1.412	10.740	21.947
	Sem fins lucrativos	0	108	17	766	1.122	463
	Optante SIMPLES	0	0	0	0	209	355
	Filantropico c/ CNAS	0	0	0	1.931	7.425	10.172
	Universitários	0	0	0	0	0	0
	Sindicatos	0	0	0	0	0	0
	Total	0	108 (93,91%)	321 (63,56%)	4.109 (77,97%)	19.496 (91,51%)	32.937 (83,44%)
	Total Geral	0	115	505	5.270	21.305	39.475

TABELA 14 - QUANTIDADE DE EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA POR TIPO DE PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015 (continua)

Tipo de Prestador		ANO				
		1995	1999	2003	2007	2011
Público	Federal	0	206	5.793	18.513	18.680
	Estadual	0	9.478	19.987	65.783	120.419
	Municipal	0	318	771	517	28.431

³ No ano de 1995 não houve registro do exame de Ressonância Magnética no Paraná no SAI/SUS

(conclusão)

Tipo de Prestador		ANO					(conclusão)
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Universitários	0	7.326	10.081	0	0	0
	Total	0	17.328 (47,73%)	36.632 (26,22%)	84.813 (31,26%)	167.530 (27,85%)	272.280 (32,22%)
Privado	Com fins lucrativos	0	14.440	47.818	97.697	212.021	289.383
	Sem fins lucrativos	0	4.533	23.489	20.743	28.532	34.416
	Optante SIMPLES	0	0	417	421	14.128	19.690
	Filantropico c/ CNAS	0	0	24.953	67.606	179.435	229.328
	Universitários	0	0	6.391	0	0	0
	Sindicatos	0	0	0	0	0	0
	Total	0	18.973 (52,27%)	103.068 (73,78%)	186.467 (68,74%)	434.116 (72,15%)	572.817 (67,78%)
	Total Geral	0	36.301	139.700	271.280	601.646	845.097

TABELA 16 - QUANTIDADE DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS POR TIPO DE PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015 (continua)

Tipo de Prestador		ANO					(conclusão)
		1995 ⁴	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	0	0	161.213	331.243	422.083	267.892
	Estadual	0	367.733	575.742	592.616	417.802	400.092
	Municipal	0	1.194.676	2.229.103	2.071.672	3.178.427	3.222.301
	Universitários	0	753.882	227.687	0	0	0
	Total	0	2.316.291 (74,98%)	3.193.745 (64,33%)	2.995.531 (53,43%)	4.018.312 (63,56%)	3.890.285 (69,42%)
Privado	Com fins lucrativos	0	426.507	757.095	884.331	643.077	418.775

⁴ O procedimento Consulta Médica incluía tanto atividades de Assistência Básica como de Média e Alta Complexidade. Apenas a partir de janeiro de 1998 este procedimento inclui somente ações de Média e Alta Complexidade. Por esse motivo, optamos por não utilizar os dados do ano de 1995.

Tipo de Prestador		ANO						(conclusão)
		1995 ⁵	1999	2003	2007	2011	2015	
Privado	Sem fins lucrativos	0	346.084	437.142	479.385	625.554	295.596	
	Optante SIMPLES	0	0	23.045	26.914	55.546	70.249	
	Filantropico c/ CNAS	0	0	416.803	1.219.685	979.552	928.696	
	Universitários	0	0	135.804	0	0	0	
	Sindicatos	0	233	1.227	1.073	0	0	
	Total	0	772.824 (25,02%)	1.771.116 (35,67%)	2.611.388 (46,57%)	2.303.729 (36,44%)	1.713.316 (30,58%)	
Total Geral		0	3.089.115	4.964.861	5.606.919	6.322.041	5.603.601	

TABELA 17 - QUANTIDADE DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS POR TIPO DE PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO						(continua)
		1995	1999	2003	2007	2011	2015	
Público	Federal	0	1.966.155	4.520.970	6.585.002	4.979.558	4.137.114	
	Estadual	0	18.087.593	26.511.254	32.041.335	19.306.211	18.888.804	
	Municipal	0	43.270.105	56.448.021	70.999.789	82.985.912	87.891.643	
	Universitários	0	11.590.155	4.968.437	0	0	0	
	Total	0	74.914.008 (73,67%)	92.448.682 (71,52%)	109.626.126 (73,57%)	107.271.681 (83,59%)	110.917.561 (86,2%)	
Privado	Com fins lucrativos	0	8.263.761	9.071.601	7.742.711	4.934.970	3.229.513	
	Sem fins lucrativos	0	18.225.721	13.616.345	5.433.417	3.021.303	2.000.708	
	Optante SIMPLES	0	0	225.012	560.144	592.212	477.154	
	Filantropico c/ CNAS	0	0	11.913.299	25.520.548	12.473.024	12.014.160	

⁵ O procedimento Consulta Médica incluía tanto atividades de Assistência Básica como de Média e Alta Complexidade. Apenas a partir de janeiro de 1998 este procedimento inclui somente ações de Média e Alta Complexidade. Por esse motivo, optamos por não utilizar os dados do ano de 1995.

Tipo de Prestador		ANO					(conclusão)
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Privado	Universitários	0	0	1.789.547	0	0	0
	Sindicatos	0	286.163	194.691	132.718	38171	39326
	Total	0	26.775.645 (26,33%)	36.810.495 (28,48%)	39.389.538 (26,43%)	21.059.680 (16,41%)	17.760.861 (13,8%)
	Total Geral	0	101.689.653	129.259.177	149.015.664	128.331.361	128.678.422

TABELA 18 - QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS DE RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA POR TIPO DE PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	0	0	2.920	7.104	8.135	7.532
	Estadual	0	0	608	1.801	1.549	1.328
	Municipal	604	0	0	0	0	0
	Universitários	127.565	108.168	3.401	0	0	0
	Total	128.169 (43,49%)	108.168 (41,67%)	6.929 (1,37%)	8.905 (1,4%)	9.684 (1,13%)	8.860 (1,05%)
Privado	Com fins lucrativos	92.023	88.280	256.677	295.487	225.978	229.516
	Sem fins lucrativos	74.543	63.104	121.222	25.239	134.287	44.241
	Optante SIMPLES	0	0	0	0	411	946
	Filantropico c/ CNAS	0	0	120.384	304.377	484.772	556.578
	Universitários	0	0	0	0	0	0
	Sindicatos	0	0	0	0	0	0
	Total	166.566 (56,51%)	151.384 (58,33%)	498.283 (98,63%)	625.103 (98,6%)	845.448 (98,87%)	831.281 (98,95%)
	Total Geral	294.735	259.552	505.212	634.008	855.132	840.141

TABELA 19 - QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS DE RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA POR TIPO DE PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	341.238	170.528	478.159	610.606	668.304	600.687
	Estadual	147.844	156.859	392.253	689.727	1.224.671	1.207.740
	Municipal	80.449	95.214	151.039	201.665	320.140	458.447
	Universitários	739.825	525.789	300.101	0	0	0
	Total	1.309.356 (26,21%)	16.307 (42%)	17.779 (35%)	16.566 (25%)	22.477 (26%)	29.174 (41%)
Privado	Com fins lucrativos	1.608.671	1.265.596	1.715.521	1.656.121	1.409.953	1.377.222
	Sem fins lucrativos	2.078.284	1.997.573	2.284.260	1.102.660	725.369	605.163
	Optante SIMPLES	0	0	51.629	103.093	126.543	59.843
	Filantropico c/ CNAS	0	0	1.930.050	4.553.314	7.114.997	6.989.358
	Universitários	0	0	66.842	0	0	0
	Total	3.686.955 (73,79%)	3.263.169 (77,48%)	6.048.302 (82,07%)	7.415.188 (83,16%)	9.376.862 (80,9%)	9.031.586 (79,94%)
	Total Geral	4.996.311	4.211.559	7.369.854	8.917.186	11.589.977	11.298.460

TABELA 20 - QUANTIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA OFERTADAS POR TIPO DE PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015.
(continua)

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	Federal	0	0	2.460	153	0	0
	Estadual	0	0	1.124	3.146	2.535	0
	Municipal	0	0	0	0	0	1
	Universitários	12.075	3.863	1.206	0	0	0
	Total	12.075 (5,51%)	3.863 (1,4%)	4.790 (1,03%)	3.299 (0,61%)	2.535 (0,41%)	1 (0%)
Privado	Com fins lucrativos	156.515	227.535	390.264	471.097	512.939	463.625

(conclusão)

Tipo de Prestador		ANO						(conclusão)
		1995	1999	2003	2007	2011	2015	
Privado	Sem fins lucrativos	50.732	45.398	31.642	0	13.716	3.486	
	Optante SIMPLES	0	0	0	0	0	0	
	Filantropico c/ CNAS	0	0	37.808	69.602	83.562	82.790	
	Universitários	0	0	0	0	0	0	
	Sindicatos	0	0	0	0	0	0	
	Total	207.247 (94,49%)	272.933 (98,6%)	459.714 (98,97%)	540.699 (99,39%)	610.217 (99,59%)	549.901 (100%)	
	Total Geral	219.322	276.796	464.504	543.998	612.752	549.902	

TABELA 21 - QUANTIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA OFERTADAS POR TIPO DE PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

(continua)

Tipo de Prestador		ANO						(conclusão)
		1995	1999	2003	2007	2011	2015	
Público	Federal	28.163	19.981	143.137	165.740	152.017	124.181	
	Estadual	32.094	88.889	150.614	286.255	358.675	394.424	
	Municipal	18.800	76.346	89.779	97.974	157.995	148.809	
	Universitários	223.193	226.736	85.411	0	0	0	
	Total	302.250 (8,65%)	411.952 (8,98%)	468.941 (5,93%)	549.969 (5,62%)	668.687 (5,73%)	667.414 (5,89%)	
Privado	Com fins lucrativos	2.111.014	3.046.544	5.540.975	6.788.534	8.045.623	7.765.217	
	Sem fins lucrativos	1.081.156	1.129.446	939.464	296.182	260.060	253.243	
	Optante SIMPLES	0	0	35.014	205.484	334.010	349.408	
	Filantropico c/ CNAS	0	0	822.448	1.945.414	2.351.954	2.286.546	
	Universitários	0	0	99.694	0	0	0	
	Sindicatos	0	0	0	0	0	0	

(conclusão)

Tipo de Prestador		ANO					
		1995	1999	2003	2007	2011	2015
Privado	Total	3.192.170 (91,35%)	4.175.990 (91,02%)	7.437.595 (94,07%)	9.235.614 (94,38%)	10.991.647 (94,27%)	10.654.414 (94,11%)
	Total Geral	3.494.420	4.587.942	7.906.536	9.785.583	11.660.334	11.321.828

APÊNDICE 4

TABELA 01 - QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR TIPO DE REGIME DO PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Regime	ANO					
	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	66.603 (9,3%)	89.585 (11%)	114.753 (15,2%)	150.876 (20%)	178.079 (23%)	176.333 (23%)
Privado	576.879 (81%)	602.264 (77%)	567.554 (75,3%)	591.149 (80%)	585.260 (77%)	456.809 (60%)
Universitário	69.283 (9,7%)	92.283 (12%)	71.219 (9,5%)	-	-	-
Ignorado	-	-	-	-	-	126.056 (17%)
Total	712.765	784.364	753.526	742.025	763.339	759.198

TABELA 02 - QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR TIPO DE REGIME DO PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

		ANO				
Tipo de Regime	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	2.465.998 (19%)	3.110.452 (26%)	4.100.057 (35%)	5.016.103 (44%)	5.467.961 (48%)	4.974.773 (44%)
Privado	8.711.089 (69%)	7.235.598 (61%)	6.739.864 (58%)	6.298.359 (56%)	5.812.626 (52%)	4.576.361 (40%)
Universitário	1.469.113 (12%)	1.604.747 (13%)	798.273 (7%)	30 (0%)	-	-
Ignorado	-	-	-	15.604 (0,14%)	984 (0,01%)	1.826.582 (16%)
Total	12.646.200	11.950.797	11.638.194	11.330.096	11.281.571	11.377.716

TABELA 3 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS POR TIPO DE REGIME DO PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015

Tipo de Regime	ANO					
	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	2.598 (3%)	6.388 (6%)	13.005 (11%)	21.803 (16%)	27.329 (20%)	30.117 (22%)
Privado	59.278 (73%)	76.814 (71%)	86.919 (72%)	114.846 (84%)	108.767 (80%)	83.433 (61%)
Universitário	18.897 (23%)	24.343 (23%)	21.265 (17%)	-	-	-
Ignorado	-	-	-	-	-	23.643 (17%)
Total	80.773	107.545	121.189	136.649	136.096	137.193

TABELA 4 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS POR TIPO DE REGIME DO PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Regime	ANO					
	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	163.785 (12%)	255.824 (18%)	510.345 (30%)	765.416 (41%)	808.014 (45%)	792.231 (41%)
Privado	883.215 (66%)	824.027 (57%)	976.612 (58%)	1.106.221 (59%)	972.155 (55%)	811.276 (43%)
Universitário	294.505 (22%)	354.212 (25%)	192.038 (11%)	-	-	-
Ignorado	-	-	-	806 (0,04%)	120 (0,01%)	311.031 (16%)
Total	1.341.505	1.434.063	1.678.995	1.872.443	1.780.289	1.914.538

TABELA 5 – PROCEDIMENTOS DE TRANSPLANTE POR TIPO DE REGIME DO PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Regime	ANO					
	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	-	-	38 (9%)	127 (18%)	150 (13%)	101 (8%)
Privado	381 (81%)	249 (63%)	265 (62%)	557 (80%)	984 (87%)	894 (74%)
Universitário	88 (19%)	149 (37%)	123 (29%)	-	-	-
Ignorado	-	-	-	11 (2%)	-	211 (18%)
Total	469	398	426	695	1134	1206

TABELA 6 – PROCEDIMENTOS DE TRANSPLANTE POR TIPO DE REGIME DO PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Regime	ANO					
	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	155 (4%)	71 (1%)	1.900 (23%)	4.100 (35%)	4.338 (36%)	3.702 (29%)
Privado	1.752 (42%)	1.801 (36%)	4.549 (54%)	7.265 (62%)	7.642 (64%)	6.958 (55%)
Universitário	2.230 (54%)	3.160 (63%)	1.913 (23%)	-	-	-
Ignorado	-	-	-	412 (3%)	-	2.207 (17%)
Total	4.137	5.042	8.362	11.777	11.980	12.687

TABELA 7 – INTERNAÇÕES POR CIRURGIAS CARDIOVASCULARES POR TIPO DE REGIME DO PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 A 2015.

(continua)

Tipo de Regime	ANO				
	1995	1999	2003	2007	2011
Público	261 (3%)	896 (7%)	1.603 (7%)	2.018 (10%)	1.950 (8%)
					1.965 (8%)

(conclusão)

Tipo de Regime	ANO				
	1995	1999	2003	2007	2011
Privado	6.844 (79%)	9.874 (75%)	17.656 (79%)	18.989 (90%)	22.209 (92%)
					19.368 (75%)
Universitário	1.602 (18%)	2.416 (18%)	3.181 (14%)	-	-
					-
Ignorado	-	-	-	-	-
					4.400 (17%)

Total	8.707	13.186	22.440	21.007	24.159	25.733
--------------	-------	--------	--------	--------	--------	--------

TABELA 8 – INTERNAÇÕES POR CIRURGIAS CARDIOVASCULARES POR TIPO DE REGIME DO PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015.

Tipo de Regime	ANO					
	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	5.704 (5%)	9.721 (7%)	41.250 (18%)	65.275 (28%)	72.753 (28%)	69.613 (25%)
Privado	72.332 (63%)	76.132 (59%)	154.963 (69%)	166.880 (72%)	187.125 (72%)	164.372 (59%)
Universitário	36.545 (32%)	43.901 (34%)	29.972 (13%)	-	-	-
Ignorado	-	-	-	14 (0,01%)	10	45.292 (16%)
Total	114.581	129.754	226.185	232.169	259.888	279.277

TABELA 9 - INTERNAÇÕES POR PARTO POR TIPO DE REGIME DO PRESTADOR NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 1995 À 2015

Tipo de Regime	ANO					
	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	15.129 (10%)	17.626 (12%)	19.906 (18%)	25.229 (26%)	28.917 (31%)	32.833 (33%)
Privado	128.880 (85%)	114.466 (80%)	80.722 (75%)	71.463 (74%)	63.636 (69%)	49.978 (51%)
Universitário	1.686 (1,1%)	10.956 (8%)	7.590 (7%)	-	-	-
Ignorado	-	-	-	21 (0,02%)	-	15.889 (16%)
Total	151.695	143.048	108.218	96.713	92.553	98.700

TABELA 10 – INTERNAÇÕES POR PARTO POR TIPO DE REGIME DO PRESTADOR NO BRASIL NO PERÍODO DE 1995 À 2015

(continua)

Tipo de Regime	ANO					
	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Público	638.816 (23%)	834.712 (31%)	935.688 (41%)	1.034.059 (49%)	1.042.587 (53%)	986.662 (50%)
Privado	1.945.044 (69%)	1.568.695 (59%)	1.207.400 (53%)	1.070.497 (51%)	905.427 (46%)	688.955 (35%)
(conclusão)						
Tipo de Regime	ANO					
	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Universitário	237.651 (8%)	249.592 (9%)	118.425 (5%)	-	-	-
Ignorado	-	-	-	3.724 (0,18%)	389 (0,02%)	310.665 (16%)
Total	2.821.511	2.652.999	2.261.513	2.108.280	1.948.403	1.986.282